

Masteroppgave
verdibasert ledelse

Hanne Vørrang

Våren 2008

Brukermedvirkning er ikke spesielt vanskelig, men det er heller ikke spesielt lett!

Hvordan kan jeg som leder implementere brukermedvirkning som en verdi?

26188 ord

Forord.

Det har vært en utfordring å skrive denne oppgaven. Det har vært mye stoff å sette seg inn i og tidspresset har vært stort. Brukermedvirkning er å løfte pasientene opp fra en avmaktsfølelse. Jeg har virkelig fått kjent på hva avmaktsfølelse er i denne prosessen.

Til tross for at prosessen har vært preget av mye frustrasjon, har utfordringen vært morsom. Å tilegne seg nytt stoff er alltid morsomt, og noen ganger frustrerende.

Jeg vil gi en spesiell takk til mine åtte informanter. Jeg vil også gi en takk til ledelsen på min arbeidsplass som har gjort det mulig for meg å ta denne utdannelsen. En takk går til familie som har holdt ut denne perioden. Og til slutt vil jeg takke min veileder for støtte, innspill og motivasjon, det har vært av stor betydning for å komme gjennom denne prosessen.

Administrasjonen på skolen bør også ha en takk for alltid å være hjelpsomme og velvillige.

Hanne Vørrang 2. Mai 2008

INNHOLDSFORTEGNELSE.

1.0. Innledning

- 1.1. Bakgrunn for tema.
- 1.2. Mål og verdigrunnlag for oppgaven.
- 1.3. Oppgavens oppbygging og avgrensing.
- 1.4. Oppsummering.

2.0. Definisjon og forståelse av begreper

- 2.1. Empowerment.
- 2.2. Brukermedvirkning.
- 2.3. Brukermedvirkning på individnivå.
- 2.4. Brukermedvirkning på systemnivå.
- 2.5. Pasient, bruker og borger.
- 2.6. Individuell plan.
- 2.7. Verdi.
- 2.8. Oppsummering.

3.0. Metode

- 3.1. Forforståelse.
- 3.2. Valg av metode.
- 3.3. Utvalg.
- 3.4. Gjennomføring av intervjuene.
- 3.5. Valg i forhold til teoretisk perspektiv.
- 3.6. Troverdighet.
- 3.7. Bekreftbarhet.
- 3.8. Overførbarhet.
- 3.9. Problemer i forhold til utvalget.
- 3.10. Oppsummering.

4.0 Oppgavens teoretiske grunnlag.

- 4.1. Teorigrunnlag i forhold til brukermedvirkning.
- 4.2. Empowerment i forhold til velferdssamfunnet.
- 4.3. Makt, avmakt og motmakt
- 4.4. Roller: fra objekt til subjekt.
- 4.5. Kultur, struktur og rammevilkår.
- 4.6. Verdibasert ledelse.
- 4.7. Kvalitet.
- 4.8 Oppsummering.

5.0. Drøftinger.

- 5.1. Holdningsendringer.
- 5.2. Hvordan kan kvalitet føre til økt brukermedvirkning.
- 5.3. Undervisning og opplæring.
- 5.4. Forskyving av makt og rolleendring.
- 5.5. Hvordan kan ledelse innvirke på implementering av brukermedvirkning.
- 5.6. Oppsummering.

6.0. Konklusjon.

1.0 Innledning.

Brukermedvirkning – det er ikke spesielt vanskelig, men det er ikke spesielt lett heller!

Jeg vil se på hvordan man kan implementere brukermedvirkning som en verdi. Kapittel en vil inneholde bakgrunn og begrunnelse for tema og problemstilling. Kapittel to vil inneholde definisjoner av begrepene brukermedvirkning på system- og individnivå, pasient, bruker og borger, individuell plan og verdi. I kapittel tre vil jeg redegjøre for metoden og de funn jeg har. Begrepet brukermedvirkning trenger en forklarings- og teorimodell, kapittel fire vil inneholde teori om empowerment, maktperspektivet, rolleperspektivet, kvalitet, struktur, kultur og rammer. Kapittel fem vil inneholde drøftinger rundt disse perspektivene i forbindelse med implementering av brukermedvirkning som en verdi.

1.1. Bakgrunn for tema.

Brukermedvirkning er et "vilt" begrep. Det er et begrep som egentlig ikke sier noen ting. Og av den grunn blir det også mange tolkninger av hva dette begrepet innebærer. Det er også et begrep som setter mange følelser i sving. Med andre ord det er mange følelser og mange meninger om begrepet. Mange har spurt meg hva jeg skriver om, og reaksjonene har vært i fra; "så bra!" til; "kunne du ikke funnet på noe annet!" og; "brukermedvirkning, hva er det?". Tre av åtte nøkkelinformanter mente brukermedvirkning var å sette krav til pasienten. To mente brukermedvirkning var at pasienten skulle bestemme alt selv. Tre av informantene mente at brukermedvirkning var et samarbeid mellom personal og pasient. I Norge har vi knyttet brukermedvirkning opp til begrepet bemyndigelse, som igjen er nært knyttet opp til empowerment. Det engelske begrepet har en tredelt betydning som består av å gi makt eller autoritet til, å gjøre i stand til og å tillate. (NOU 198: 18, Det er bruk for alle, s 187.)

Som sykepleier på et større psykiatrisk sykehus ble jeg tidlig fortalt at pasienten ikke var i stand til å se og ivareta egne behov. Det ble forklart som dårlig sykdomsinnsikt, som var en del av lidelsen. Store deler av arbeidsdagen gikk med til å grensesette pasientene på veldig mange livsområder. Besøk og permisjoner til venner var ingen selvfølge. Pasienten ble svært ofte vurdert som for dårlig i forhold til å dra eller ta i mot besøk i fra venner og pårørende. De gangene det ble innvilget ble ofte pasienten tolket som dårligere når han/hun kom tilbake. Dette førte igjen til innskrenkninger i livsutfoldelse, ved skjerming, inndratt utgang, ikke permisjon neste helg og lignende.

For meg var dette synet litt vanskelig å godta, jeg var ny og ivrig, og var mye sammen med pasientene. Og pasientene var slett ikke slik jeg hadde innbilt meg de var, mitt daværende bilde av en psykiatrisk pasient hadde jeg fått i fra film; "Evas tre ansikter", "Gjøkeredet", "Ondskapens hotell" og så videre. Pasientene stemte ikke helt overens med dette bildet som helt gale hele tiden, eller helt apatiske eller fryktlig farlige. De jeg traff var syke, men de hadde også mange "normale" sider. Å bli skuffet for at man ikke får dra hjem på en stund kan også anses som en "normal" reaksjon. Mange pasienter kan fortelle at tiltak som inndragelse av utgang, ikke få dra på perm neste helg ofte oppleves som straff og sanksjoner. Og rasjonalen for disse tiltakene er ikke lett for pasientene å forstå.

Hvorfor blir det slik? Brukermedvirkning, empowerment har stått på dagsordenen siden 1970-tallet. Det siste tiåret har det vært ekstra fokusert på. Helsevesenet slik det ser ut i dag er et vesen med store og mange kvalifikasjoner, de som har sitt daglige virke innenfor sykehusene, i DPS-ene eller i kommunene er høyt kvalifiserte mennesker som alle har som mål å hjelpe pasienten til et bedre liv. Det viser seg at medvirkning og samhandling svikter både på systemnivå og på individnivå. (NOU 2005: 3, s 16.) Det er ikke mangel på kvalifikasjoner som gjør det vanskelig å få til økt samhandling og medvirkning. Rammene og strukturen som er rådende kan være en hindring. Helsearbeidere er strengt oppdratt i forhold til profesjoner. Vi er eksperter på hver våre områder til tross for at vi skal jobbe med helheten. Legen forordner medisiner, sykepleier deler dem ut. Legene og psykologene har terapitimer med pasientene, sykepleierne og hjelpepleierne tar seg av dagliglivets samtaler og gir omsorg. Alle yrkesgrupper som er involvert gjør med andre ord det de kan best og er utdannet til. Pasientene er syke og ved siden av sin sykdom følger det mange sammensatte og varige problemer. Det krever både samarbeid i og uten for sykehuset. Et slikt samarbeid er ikke alltid heller lett å få til på en god måte. I mange tilfeller kan innleggelser og utskrivelser fortone seg som en kamp i forhold til å holde pasientene utenfor egne dører. Individuell plan skulle være et godt verktøy i forhold til å få til et godt samarbeid for pasientene. Det viser seg at retten til individuell plan fremdeles er lite kjent, til tross for at pasienten har rett på det etter helse- og sosiallovgivningen. (NOU 2005: 3, Fra stykkevis til helt.) Det kan være mange årsaker til dette, men det ser ut som det kan være strukturelle og kulturelle årsaker som kan gjøre samarbeid vanskelig. Slike faktorer kan føre til at pasienten ikke får den kvaliteten på tjenesten som pasienten har krav på.

Økonomi er et argument som har kommet opp i forhold til ikke å få til brukermedvirkning, og med dette dukker også tidsaspektet opp. Samtlige av mine nøkkelinformanter mente at tidsfaktoren var en meget viktig grunn i forhold til å ikke få til brukermedvirkning. Skulle brukermedvirkning bli tatt på alvor ville pasientene være lenger i sykehuset. Dette ble dyrt og det stoppet pasientflyten.

Brukermedvirkning er på den politiske og faglige dagsordenen. Pasientrettighetsloven og helsepersonelloven sier at brukere av de forskjellige helsetjenester har rett på informasjon, innflytelse og medvirkning i forhold til de tjenester de mottar. Pasientrettighetsloven § 3.1 omhandler retten til informasjon og medvirkning. Loven legger spesielt vekt på at den enkeltes medvirkning må tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.

Sykdom leges ikke av leger, men av legers hjelp. Helberedelsen skjer i pasientens kropp og med pasientens medvirkning. (Ot. Prp nr 12, s 64.)

De siste tiår har forholdet mellom lege, pasient og helsepersonell gradvis endret seg.

Legeloven var først ute i forhold til å lovfeste pasienters rettigheter i forhold til rett til informasjon og medvirkning. I legeloven § 25 står det:

Han [dvs. legen] skal gi hver pasient de opplysninger han [dvs. pasienten] bør ha om sin helsetilstand og behandling. Så vidt mulig skal legen la pasienten selv medvirke ved behandlingen. (Aslak Syse, Pasientrettighetsloven med kommentarer, s 200.)

§25 i legeloven viser at ved å gi pasienten rettigheter i forhold til informasjon og medvirkning blir maktforholdet mellom helsepersonell og pasient gradvis dreiet over mot likevekt. Dette er et skritt i riktig retning.

Som profesjonell helsearbeider er det en utfordring å bruke dette til å forstå pasienten på sine premisser.

Hemmeligheten i hjelpekunsten er å starte der hvor den vi søker er, forstå det den vi ønsker å hjelpe forstår, ydmyke oss under den vi ønsker å hjelpe, være villig til å ha urett, og til ikke å forstå det den andre forstår. (Søren Kierkegaard, 1859.)

Innenfor psykiatrien har vi lover som åpner for å gripe inn i forhold til personers selvbestemmelsesrett. I lov om psykisk helsevern og lov om sosiale tjenester åpnes det opp i forhold til tvangsbruk overfor pasientene. I posten jeg arbeider som enhetsleder er fleste av pasientene lagt inn på tvangsparagraf. For mange av pasientene oppleves dette som et overgrep og som en frihetsberøvelse. Pasientens autonomi blir tatt fra dem. Heldigvis har fokuset på økt brukermedvirkning bidratt til at dette er blitt satt lys på og offentligheten har fått større innsyn i psykiatriske sykehus. Det har tatt tid allerede i 1859 sier Kierkegaard slik jeg tolker det, noe om brukermedvirkning. Han peker på at vi må være villige til å ydmyke oss under den vi ønsker å hjelpe og være villig til å ha urett. Som hjelper er dette kanskje holdninger som er vanskelig å ta inn over seg. Hvis vi går til helsepersonelloven § 4 skal helsearbeideren utføre sitt arbeid i samsvar med de krav om faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes. I faglig forsvarlighet ligger det et element i forhold til at helsepersonalet legger forholdene til rette, slik at pasienten får anledning til å ivareta sin selvbestemmelses rett. Til tross for at pasienten er lagt inn etter tvang i lov om psykisk helsevern. Jeg synes sitatet til Kierkegaard hjelper oss til å se noe av hva begrepet faglig forsvarlighet innebærer. Blant annet pasientens autonomi, men skal dette ivaretas trenger det også empati i fra hjelperen/eksperten. Som enhetsleder i en akuttpost er det viktig for meg å ha et tilbud til pasienten som er faglig forsvarlig, og i min verden betyr det at alle har rett til

medbestemmelse og medvirkning i forhold til egen behandling. Det skal ikke stikkes under en stol at dette kan være komplisert.

Brukermedvirkning har utgangspunkt i menneskerettighetene til FN 1948.

Menneskerettighetene legger vekten på å leve et verdig liv uansett samfunn, tilstand og situasjon. Ideologien er at deltagelse fører til verdighet og at medbestemmelse er viktig for menneskeverdet. I helsetjenesten vil brukermedvirkning bety at pasienten får en anerkjennelse av pasientens kunnskap og erfaring i forhold til sin lidelse.

1.2. Mål og verdigrunnlag for oppgaven.

Allerede på 1970-tallet ble brukermedvirkning introdusert. Italia gikk i spissen med sin nye psykiatrireform hvor de la ned alle de store psykiatriske institusjonene. Pasientene ble tilbakeført til sine lokalsamfunn. Tanken bak denne nye reformen var at psykisk syke ikke ble noe bedre av å være inne i store institusjoner som var skjermet fra resten av omverdenen. For alle som jobbet inne på store psykiatriske sykehus ble den Italienske reformen et vendepunkt, og på mange måter var dette vanskelig å godta.

Fagfelt som psykiatri, sykepleie, vernepleie måtte etter hvert erkjenne at det de trodde var universell innsikt og behandlingsmetodikk i virkeligheten var kontekstuoelt fundert – den hadde institusjonen som uuttalt, implisitt forutsetning. (L. H. Heggeland, A. Kaasa, C. Fleetwood, Brukermedvirkning i psykisk helsevern, s 1, Prosjekt ved, NVH 2006.)

Ved å flytte psykiatrien ut av sykehusene og inn i lokalsamfunnene forandret rammen for behandlingen seg, og ved å endre rammer endret også relasjonene til pasientene seg. Det er en helt annen situasjon å møte pasienten i sitt hjem hvor pasienten er herre, enn å møte pasienten på sykehuset hvor vi som jobber der ikke bare er verter, men er selveste ekspertisen. Det kan sies mye om Italiamodellen om hvor vellykket/mislykket den har vært, men at den har bidratt til å dreie holdningene i helsevesenet overfor marginale grupper fra håpløshet og hjelpeløshet til respekt og verdighet, og med det følger også en holdning om at det er håp i forhold til økt livskvalitet.

I opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2008 er brukermedvirkning meget sentralt. Brukermedvirkning legger vekten på respekten til det enkelte menneske, dette i seg selv er et gode. Det legges stor vekt på at brukeren har erfaringer, kunnskap og innsikt i hvordan tilbudet fungerer. At brukeren har slik kunnskap og erfaring vil være til stor hjelp i

forhold til hvordan tilbudene utformes. Det er også et argument at pasienter som er deltagende i forhold til sitt behandlingsopplegg blir bedre rustet til å mestre eget liv. Økt brukermedvirkning kan også være en faktor som kan bidra til å lette stigmatiseringen i forhold til å ha en psykisk lidelse. Dette kan bidra til en endret holdning overfor psykisk syke i befolkningen. Holdningsendringer viktig i den generelle befolkning i forhold til å ta i mot og integrere psykisk syke, men skal dette skje må vi som jobber i helsesektoren først og fremst ha troen på at brukerne har ressurser som er verdt å fremheve og ta vare på. Vi må legge forholdene til rette slik at hvert enkelt individ og gruppe får mulighet til ansvar, delaktighet, solidaritet, mestring og kontroll over sine liv.

I denne oppgaven har jeg definert brukermedvirkning som en verdi i seg selv. I NOU2005: 3, Fra stykkevis til helt, blir brukermedvirkning definert både som en verdi og en strategi. Dette er i tråd med tankegangen innenfor empowerment. Det blir videre lagt vekt på at pasienten har ønske og kompetanse til å gjøre sine egne valg. Skal vi se dette innenfor et demokratisk perspektiv må vi se på brukermedvirkning som en rettighet; som borgere har vi rett til å øve innflytelse på beslutningssystemene.

Helsetjenesten må bygge på at aktørene har gjensidig respekt og tillit til hverandre. (NOU: 2005: 3, Fra stykkevis til helt, S 15.) Dette målet gjelder både på individ og systemnivå. Dette betyr at yrkesgrupper må jobbe sammen i forhold til å få til en helhet. Det er ingen yrkesgrupper som har spesialkompetanse på helheten. Det er et mål å kunne jobbe med helheten både innenfor organisasjonen, men helhet må jobbes med også på tvers av sektorer.

Økt brukermedvirkning er et stort mål og det krever holdningsendring. Dette er et langsiktig mål. Å få en hel organisasjon og samfunnet rundt til å forandre syn på den tradisjonelle måten å jobbe, hvor personalet er ekspertgruppen og pasientene er de som er mottakere av de tjenester vi har å tilby er ikke gjort på en dag. Det vil dreie seg om endring av roller, hvor samarbeid og samhandling med pasienten er fokuset.

Økt kompetanse i forhold til brukermedvirkning, empowerment vil også være et mål å strekke seg etter. Dette målet innebærer at både tjenesteyterne og pasientene må øke sin kompetanse innenfor dette området.

I forhold til å nå målet økt brukermedvirkning er det et viktig punkt at dette er godt forankret i ledelsen. Ledelsen må også ha kunnskaper og være svært bevisste i forhold til å danne en samarbeidskultur. Det er også behov for tilrettelegging innad i organisasjonen. Dette være seg også i forhold til økonomi.

Målet for denne oppgaven vil være å øke egen bevissthet rundt brukermedvirkning. Skal en endre mønstre og holdninger hos personalet er det viktig at lederen kan vise vei. Ved å opptre med en større bevissthet og faglig tyngde ønsker jeg å jobbe mer målrettet i forhold til å fronte pasientens posisjon i behandlingsapparatet. Dette må jobbes med både oppad og nedad i organisasjonen. Jeg håper denne oppgaven kan være et lite bidrag på veien i forhold til å styrke pasientenes rolle som brukere av helsetjenesten, og skape et godt samarbeid mellom pasienter og personal, basert på medvirkning, gjensidig respekt og likeverdig kommunikasjon. Det må settes fokus på holdningsendringer og kultur, og nye former for samarbeid og dialog mellom brukerne og tjenesteapparatet.

Denne oppgaven er et ledd i mitt masterstudium innenfor verdibasert ledelse, og et hovedmål vil være å gjennomføre slik at denne utdannelsen blir formelt godkjent.

1.3. Oppgavens oppbygging og avgrensning.

Jeg har bygget oppgaven opp i forhold til en hypotese om at brukermedvirkning vil være oppbyggende både for pasientene og oss som helsepersonal. Jeg har satt søkelyset på brukermedvirkning som en verdi; hvordan implementere brukermedvirkning som en verdi i organisasjonen. Brukermedvirkning er som tidligere nevnt et stort begrep, i min begrepsforklaring vil jeg fokusere på brukermedvirkning på systemnivå og individnivå. Oppgaven vil videre omfatte disse perspektivene, mitt utgangspunkt vil være sykehuset og samarbeidet i forhold til både individ og systemnivå. Å jobbe inne på en sykehusavdeling betyr at man må ha kontakt med forskjellige instanser utenfor postens fire vegger. I forhold til at pasienten skal få et helhetlig tilbud er samarbeid over sektorgrenser nødvendig. Et hjelpemiddel i forhold til å gi pasienten best mulig kvalitet på tilbudet er individuell plan. Det har dessverre vist seg at dette hjelpemidlet ikke har fungert så godt som intensjonen skulle tilsi, og jeg vil ta dette temaet opp til drøfting videre i oppgaven.

Det er tre sentrale begreper som danner den teoretiske basisen i forhold til brukermedvirkning. Disse tre begrepene viser også hvilke paradokser dette begrepet innebærer. De tre begrepene er systemverdenen, empowerment og livsverdenen. Jeg vil si litt om alle disse retningene. Jeg har valgt å gjøre dette fordi alle tre perspektivene spiller inn i forhold til brukermedvirkning. Vi lever en i en postmoderne tid hvor pluralisme er sentralt. Det er et mangfold av meninger og måter å se ting på. I modernismen var det riktig å finne ut

hvilket livssyn du hadde og å stå fast ved det, nå ser man at en kan være eklektisk. De tre begrepene som danner et teoretisk utgangspunkt for å forstå begrepet brukermedvirkning er livsverdenen, systemverdenen og empowerment.

Livsverdenen tilsvarende den enkeltes grunnleggende virkelighet og danner utgangspunkt for felles oppfatning og forståelse av bestemte forhold i hverdagen. Det er en fenomenologisk tradisjon med utgangspunkt i Husserls. Empowerment-tradisjonen har utgangspunkt i bemyndigelse og Habermas sier at livsverdenen i den vestlige kultur er oppsplittet i flere undersystemer.

(H: Sigstad, Tidsskrift for den norske legeforening, nr 1/8 januar, 2004.) Det teoretiske grunnlaget vil hvile tyngst på empowerment-teorien. Jeg vil være opptatt av individnivået og systemnivået. Når jeg tenker på systemnivået mener jeg sykehusets samarbeid med instanser utenfor og sykehusets politikk rundt brukermedvirkning. Det er viktig i forhold til hvordan dette påvirker personalets holdninger til pasientens deltagelse. I forhold til brukermedvirkning og empowerment er pårørende absolutt en viktig del av bildet. Og de pårørende har ikke hatt høy status i innenfor psykisk helsearbeid, de har snarere blitt sett på som et problem enn en ressurs.

Generelt har jeg kjent meg som et fremmedelement i forhold til helsepersonell. Eg føler at eg masar. Og når bror min er paranoid, blir vi fiendar viss vi tar kontakt med helsepersonell, for det blir sagt vidare til han. Både eg og sambueren hans har venta på at dei skulle ta kontakt med oss for å spørje oss korleis ting bruker å vere, korleis det var før. Men de vil ikkje bruke våre erfaringar om vi ikkjedyttardei på dei.

(L.M. Austerem, Møte med psykiatrien, s108,2002.)

Dette utsagnet er dessverre ikke spesielt, mange pårørende føler seg nok både forbigått og svært maktesløse; å ikke få vite hva som skjer med sønn, datter, mann, kone osv. gir en stor maktesløshet. Noe som ikke blir noe bedre av at de opplysninger du har, og mener er viktig for pasienten, heller ikke er interessante. Å være pårørende til en psykisk syk er en stor og skremmende påkjenning i seg selv. Og pårørendeproblematikken er et stort og viktig tema som ikke må glemmes. I denne oppgaven vil jeg imidlertid la denne problematikken ligge og konsentrere meg om pasienten.

Brukermedvirkning hviler på en demokratisk rettighet, i dette ligger det at brukermedvirkning er noe man har krav på. Brukermedvirkning kan også begrunnes med at det øker kvaliteten på tjenesten. Ved at brukerne er med på beslutninger er dette med på å kvalitetssikre tjenestetilbudet. Hensynet til brukeren står i fokus når vi definerer det som en demokratisk rettighet. Når det blir definert som en funksjon om kvalitetssikringer det hvordan tjenestene

utformes og kvaliteten på dem som står i fokus. I denne oppgaven vil begge disse perspektivene bli berørt.

Metodekapitlet vil ta for seg selve metoden som et litteraturstudie. Jeg vil gjøre rede for litteraturstudie som kvalitativ metode. Jeg vil gjøre rede for mine nøkkelinformanter og si noe om hva det innebærer å bruke nøkkelinformanter. Det vil inneholde en refleksjon rundt troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet. Det vil også inneholde en betraktning rundt etiske problemstillinger i forhold til metoden.

I mitt drøftningskapittel vil jeg se på faktorer som er viktig i forhold til å implementere brukermedvirkning som verdi. Jeg vil gå inn å se på maktperspektivet, og drøfte hva dette har å si i forhold til brukermedvirkning. Jeg vil også gå inn og drøfte roller og rollemønstre. I tillegg vil jeg se på kvalitetsperspektivet, hvordan skal brukeren få best mulig kvalitet på behandlingen vi gir, innunder dette punktet vil jeg ta for meg individuell plan som et verktøy. Jeg vil også se på ledelsesperspektivet hvor kultur og struktur vil inngå som en naturlig del. Utdannelse i forhold til medvirkning og samhandling er ikke til å komme utenom. Holdninger og verdier vil være innbakt i alle punktene. Det er vanskelig å drive implementeringsarbeid i forhold til brukermedvirkning uten at holdninger og verdier gjennomfører arbeidet.

1.4. Oppsummering.

Dette kapitlet har tatt for seg legeloven, pasientrettighetsloven og lov om psykisk helsevern. Legeloven sier at pasienten har rett på informasjon og medvirkning i forhold til sin lidelse. Dette var første skritt i forhold til å dreie maktforholdet mellom lege og pasient over til et mer jevnbyrdig forhold. Loven for helsepersonell og pasientrettighetsloven legger vekt på at det skal tilrettelegges slik at de blir mulighet for medvirkning. Til tross for lover som slår fast at brukermedvirkning er noe vi må tilstrebe som helsepersonell, er dette mange ganger vanskelig for oss. Vi sitter fast i gamle rollemønstre og maktstrukturer. Det vil være et mål å reflektere over og øke bevisstheten rundt dette, slik at brukermedvirkning ikke vil føles som en klamp om foten.

2.0. Definisjon og forståelse av begreper.

Kapitlet vil inneholde korte forklaringer og definisjoner av begrepene empowerment, brukermedvirkning, brukermedvirkning på individnivå og på systemnivå. De tre begrepene pasient, bruker og borger har jeg lagt under én overskrift. Jeg vil også gjøre en kort redegjørelse for individuell plan og vil avslutte med begrepet verdi.

2.1. Empowerment.

Jeg finner det riktig å gi en definisjon på empowerment, siden det er dette begrepet brukermedvirkning springer ut i fra. Empowerment – når vi hører dette skjønner vi raskt at begrepet inneholder makt. Power kan oversettes med styrke, kraft og makt. Empowerment handler da om personer eller grupper som er i en avmaktsituasjon. De eller disse gruppene må opparbeide styrke, kraft og makt for å komme ut av denne situasjonen. (Askheim, B. Starrin Empowerment, s. 22, 2007) Det har vært vanskelig å oversette empowerment, i følge litteraturen er myndiggjøring det nærmeste vi kommer. Empowerment har en strukturell dimensjon som omfatter barrierer, maktforhold og samfunnsstrukturer som opprettholder ulikhet, urettferdighet og manglende mulighet til å ha kontroll over eget liv. (Askheim, Fra normalisering til empowerment s. 104, 2003.) Ut i fra dette kan vi se at empowerment både har en individuell og strukturell dimensjon. Individuelle faktorer handler om selvtillit, selvbilde, kunnskap og ferdigheter. De samfunnsmessige faktorene handler om politikk, økonomi og rammebetingelser og maktforhold. Det strukturelle og individuelle nivået henger sammen på den måten at sammenhengen mellom den enkeltes livssituasjon og samfunnsmessige og strukturelle forhold kan bidra med å forsterke problemene. Disse problemene må identifiseres, bevisstgjøres og motarbeides. Det vil handle om å styrke brukeren som enkeltindivid, da vil brukeren få økt makt og myndighet i eget liv og arbeide, noe som igjen vil føre til å øke brukerens rettigheter og muligheter for deltagelse og innflytelse i samfunnet.

Det sentrale ved empowerment er å se sammenhengen mellom livssituasjonen som den enkelte er i, og problemer som vedkommende har på den ene siden og samfunnsmessige eller strukturelle på den andre. Det handler om å se sammenhengende mellom det personlige og det politiske. Dette skal danne utgangspunkt for handling. (Askheim, Fra normalisering til Empowerment, s104. 2003.)

Ottawa-Charteret 1986 lanserte begrepet empowerment som en prosess som gjør folk i stand til å øke sin kontroll over egen helsetilstand og til å forbedre sin helse. (NOU 1998: 18. S 189. Det er bruk for alle.)

2.2. Brukermedvirkning.

Brukermedvirkning vil si å sette brukerens behov i fokus. Dette gjelder spesielt der brukeren er pasient, klient eller på annen måte gjør seg nytte av offentlige tjenester. Det vil si at brukerne av tjenestene aktivt må være med å ta beslutninger i forhold som angår dem.

Brukermedvirkning er et middel til å mobilisere pasientenes iboende krefter og ferdigheter i forhold til å bedre sin livskvalitet ved sykdom. Å kunne gjøre egne valg i samarbeid med helsearbeideren basert på erfaringer og opplevelser i forhold til egen helse.

Brukermedvirkning forutsetter at vi som helsepersonell anerkjenner brukeren som en likeverdig part. Stortingsmelding nr. 34. sier :

De som berøres av en beslutning eller er brukere av tjenester, får innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbudet. Fokuset ligger på forvaltningsmessige og politiske forhold. (Stortingsmelding nr 34. 1996 – 97. S. 29.)

Som vi ser er det et spenningsforhold i forhold til å betrakte brukeren som en fullverdig borger med vanlige borgerrettigheter og den tradisjonelle pasient rollen som innebærer at pasienten ikke kan ta vare på seg selv.

Brukermedvirkning er den innflytelse bruker har i forhold til beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbudet der han selv er berørt. Brukermedvirkning forutsetter at man ikke lenger skal betrakte den som trenger hjelp som en ensidig mottager av tjenester. Brukeren skal innta en rolle som aktiv deltager i sin egen behandlingsprosess. Som vi ser foregår brukermedvirkning på forskjellige nivåer. Ut i fra dette ser vi et nivå som dreier seg om enkeltindividet. Stortingsmelding nr. 34. peker imidlertid på et nivå som innbefatter

myndighet i forhold til å være med i prosesser som hvordan tjenestetilbudet skal se ut. Dette nivået kalles systemnivået.

Uavhengig av hvilket nivå brukermedvirkningen skjer på er kjernen i medvirkningen at brukeren deltar i beslutningsprosesser som angår en gruppe mennesker eller i beslutningsprosesser som direkte angår en selv. (T. Grøteig, Fot i hose, s 56.)

2.3. Brukermedvirkning på individnivå.

Brukermedvirkning er et middel i forhold til å oppnå god helse, hvor det er to veier å gå. Det ene dreier seg om individperspektivet som omhandler forebygging, diagnostisering og behandling av sykdom. (L. H. Heggland, A. Kaasa, C. Fleetwood, Brukermedvirkning i psykisk helsevern, Prosjekt ved NVH, s 2. 2006.) Det andre alternativet handler om systemnivået og vil bli omtalt i avsnittet brukermedvirkning på systemnivå.

Individnivået tilsier at man har en rolle som pasient, eller bruker og medvirker i forhold til sitt eget behandlingstilbud.

Brukermedvirkning på individnivå innebærer at brukeren/pasienten ikke lenger skal være en passiv mottager av tjenester, men en aktiv deltager i forhold til egen behandlingsprosess. På dette nivået vil individuell plan være et viktig verktøy for å sikre brukerens rett til innflytelse.

2.4. Brukermedvirkning på systemnivå.

Den andre veien å gå sier: WHO: Ottawa Charter for HealthPromotion 1986 at vekten skal legges på forebyggende strategier, planlegging og organisering av innsatser for å fremme endringer på samfunnsnivå. (L. H. Heggland, A. Kaasa, C. Fleetwood; Brukermedvirkning i psykisk helsevern, Prosjekt ved NVH, s 2, 2006.) Systemnivået omfatter samarbeidet mellom en organisasjon og en kommune, eller et sykehus på ledernivåene og på politisk nivå. Systemnivået befinner seg i forhold til beslutninger på et administrativt nivå. Et viktig poeng på dette nivået vil være at pasientens/brukerens erfaringer skal bringes inn der hvor politikken formes. Brukermedvirkning på systemnivå krever også at disse erfaringene bringes inn i de offentlige tjenestene der politikken blir iverksatt.

Brukermedvirkning på system nivå er når brukerrepresentanter er i dialog med myndighetene, deltar i utviklingen av tjenester og ulike tiltak. Brukermedvirkning på systemnivå gjelder både tjensteutforming og politikkutforming.
(T. Øverli 1998, Fot i Høse, s 48.)

Brukermedvirkning på systemnivå kan knyttes opp i mot et administrativt nivå. Det vil ofte innholde en strategi i forhold til endring for brukeren slik at den som trenger hjelp må delta aktivt.

En viktig forutsetning for å få til brukermedvirkning på systemnivå er at man samarbeider over sektorgrenser. Individnivå og systemnivå kan ses på som komplementære for å bedre helsetilstanden i befolkningen.

2.5. Pasient, bruker og borger.

Jeg har allerede brukt pasient og bruker om hverandre i oppgaven. Jeg vil fortsette å bruke disse to begrepene litt om hverandre. På mange måter synes jeg ikke det ene begrepet er noe bedre enn det andre. Begge begrepene kan ha både positive og negativt ladete sider. Jeg vil først gå inn på beskrive begrepet pasient. Pasientbegrepet har fått en noe negativ klang opp gjennom årene. Å være pasient blir ofte assosiert med en som passivt mottar helsehjelp. Innenfor psykisk helse er pasientbegrepet ekstra stigmatisert i forhold til at psykisk sykdom svært ofte er en kronisk sykdom, og mange pasienter kom aldri ut av sykehuset. Sykehuset ble deres bolig. Og i mange tilfeller har man blitt pasient i mot sin vilje. Pasientrettighetsloven § 1.3. definerer pasient slik:

Pasient: En person som henvender seg til helsetjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helsetjenesten gir eller tilbyr hjelp i det enkelte tilfellet. (Pasientrettighetsloven § 1.3.)

Denne definisjonen viser at pasientrollen inneholder både aktive og passive elementer. Å være pasient inneholder også et moment i forhold til tålmodighet. Tålmodighet kan være en svært viktig ting i forhold til det å være syk. Noen sykdommer krever tid i seg selv, men også overfor systemet er det behov for tålmodighet. Men det er allikevel ikke til å komme bort i fra at som pasient blir man stående i et avhengighetsforhold det er vanskelig å komme bort i fra.

Bruker er et begrep som har en mer aktiv karakter. Det kan bety en person som får behandling nå eller det kan være en som potensielt kan bli bruker av en tjeneste.

En bruker er en person som benytter seg av relevante tjenester i en eller annen form. (Opptreppingsplanen for psykisk helse, 1999 – 2008.)

I denne oppgaven vil jeg definere bruker slik opptreppingsplanen gjør. Hvor bruker er en person som har behov for eller nyttiggjør seg tjenester innen psykisk helsevern. Det vil også ligge i begrepet at brukeren skal ha innflytelse og medvirkning i forhold til egen behandling eller i forhold til hvordan tjenestetilbudet skal se ut. Når man snakker om innflytelse i forhold

til hvordan tjenestetilbudet skal se ut og mulighet til å påvirke politiske beslutninger snakker vi gjerne om borgerrollen. Der kan brukeren være med i forhold til politiske beslutninger som i forhold til tjenestetilbudet. Det kan for eksempel være som brukerrepresentant for en interesseorganisasjon.

Forskjellen mellom en bruker og en borger er at man som borger medvirker på et overordnet plan, utover seg selv og eller bruker gruppen. Det er helheten som står i sentrum. En borger medvirker i relasjon med befolkningen og uttaler seg hva som bør gjøres med rammer med videre når en har hørt så mange interesser som mulig. (E. Willumsen, Brukernes medvirkning, s 17,2005)

2.6. Individuell plan.

En individuell plan (IP) er en samordnet og oversiktlig plan over de tjenester som en bruker har. Planen skal sikre at tjenestene blir vurdert i sammenheng og at brukerens ønsker og mål er utgangspunktet for ytelsene. Individuell plan skal også være et verktøy i forhold til langsiktig planlegging. Individuell plan beskrives også som en pasientrettighet, hvor alle faggrupper som har kontakt med pasienter som har omfattende behov har plikt til og igangsette individuell plan. (Opptappingsplanen for psykisk helse 1999 – 2008.) Individuell plan er en overordnet plan. Andre planer som behandlingsplan, pleieplan osv. bør samordnes under individuell plan. Det er viktig å merke seg at det er vi som jobber innenfor tjenesteapparatet som er ansvarlige for å igangsette og følge opp planen.

Det skal være din plan. Dine behov, ønsker og mål skal komme tydelig fram i den individuelle planen. Du har rett til å medvirke aktivt i hele prosessen. Tjenestene du mottar skal ses isammenheng med hverandre, slik at du som tjenestemottaker får et mest mulig helhetlig og individuelt tilpasset tjenestetilbud. (Sosial og helsedirektoratet brosjyre, Individuell plan – et verktøy for samarbeid, 2005.)

En individuell plan skal sikre samarbeidet med andre instanser pasienten er i behov av. Dette krever at det innkalles til ansvarsgruppemøter hvor partene møtes og kan jobbe sammen om et godt tilbud. I disse møtene er det svært viktig at pasienten får si noe om sine ønsker og behov i forhold til å klare livet utenfor institusjonen.

2.7. Verdi.

Verdier er ønskverdige kvaliteter ved handlingar eller føremål. Dei er vide og upresise, men samstundes knytte til dypt essensielle sider ved den menneskelege eksistensen. (E. Aadland, Den truverdige leiaren, s 151, 2004.)

Verdier er upresise og de må tolkes i forhold til de sammenhenger de settes i. En verdi gir en retning i forhold til de situasjoner en befinner seg i. En verdi er en forestilling om det ønskverdige. Dette gir seg ofte utslag i en persons holdnings- og handlingsmønster.

A value is a conception, explicit or implicit, distinctive of an individual or characteristic, of a group, of the desirable which influences the selection from available modes, means, and ends of action. (Kluckhohn 1951: 395, I A.T. Jenssen, Verdivalg, s 26, 1993.)

Denne definisjonen viser hvilke trekk som er karakteristiske for en verdi. Den sier at en verdi er dypt internalisert og er varig. Det er en forestilling om det ønskverdige. Dette genererer holdnings- og handlingsmønstre i tråd med denne standarden. Verdier anses som svært viktige i forhold til sosial integrasjon. Alle velintegreerte samfunnsborgere er bærere av de samme verdiene med små individuelle forskjeller. (A.T. Jenssen, Verdivalg, s 27, 1993.) Aadland sier en må skille på ulike typer verdier som økonomiske, materielle, økologiske, politiske, estetiske og moralske verdier. (E. Aadland, Etikk for helse og sosialarbeidare, s 123, 2005.) I forhold til brukermedvirkning vil alle disse verdiene være viktige, men politiske/økonomiske og moralske verdier synes jeg er det som står i høysetet i forhold til brukermedvirkning. Disse verdiene vil ha en innflytelse på hverandre i forhold til brukermedvirkning.

Dette er definisjoner på verdier vi verdsetter og som kommer åpent frem, men det er ikke alltid resultatene blir slik vi skulle forvente etter verdiene å dømme. Det kan være de skjulte verdiene som motarbeider et godt resultat. Skjulte verdier er ikke bevisste verdier og de er av negativ karakter.

Deiløyndeverdiane er førmedvitene og ureflekterte faktorer som berre kan utleiast av handlingsmønsteret gjennom tolkingar. (E. Aadland, Etikk for helse og sosialarbeidare, s 147, 2005.)

2.8. Oppsummering.

Skal det være en mening med brukermedvirkning må brukeren ha en reell medvirkning. Det vil si at brukeren skal ha en aktiv deltagelse. Deltagelsen kan skje på to nivåer, disse to nivåene er individnivået og systemnivået. På individnivået er pasienten/brukeren deltagende i sitt eget behandlingsopplegg, hvor man i samarbeid kan jobbe i forhold til individuell plan. På det individuelle nivået blir som oftest begrepet bruker brukt. På systemnivået handler det om strukturelle forandringer, det kan være å forandre et tilbud, innføre nye lover, i mange tilfeller omfatter dette nivået politiske avgjørelser. Hvor brukerne er med i forhold til at de representerer en forening med særinteresser og snakker på en gruppes vegne. En kan være innkalt til spesielle høringer etc. Individuell plan er et verktøy.

3.0. Metode.

Dette kapitlet vil inneholde en redegjørelse for metodene jeg har brukt. Jeg vil redegjøre for mitt ståsted iforhold til å skrive om brukermedvirkning. Jeg vil si litt om valg av metode og fortelle litt om valg og erfaringer jeg har gjort meg underveis. Jeg vil også presentere mine nøkkelinformanter og si litt om intervjuene. Metoden skal også reflektere over troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet. Kapitlet avsluttes med refleksjon rundt utvalget.

3.1. Forforståelse.

Som mellomleder er jeg i en unik situasjon, jeg kan jobbe både administrativt og jobbe direkte med personalet i forhold til veiledning og rådgiving i forhold til faget. Det fine med å være mellomleder er at man også kan ha en nærhet til pasientene, i forhold til å drive grupper eller ha enkelte individualsamtaler. Den kliniske biten og veiledningsbiten for personalet er nok delene av jobben jeg er veldig glad i. Derfor falt det seg naturlig for meg å velge et tema som både kunne berøre det kliniske og som samtidig innbefatter en stor bit av ledelse og verdier. Jeg ser også at brukermedvirkning er noe mange ønsker å få til, men allikevel henger vi fast i gamle mønstre og ting blir stort sett ved det gamle.

Etter mange år innenfor feltet psykisk helse vil jeg si at jeg kjenner feltet godt. Mitt liv innenfor dette feltet har vært inne på sykehus i forskjellige poster, så sykehusverdenen er det jeg har best kjennskap til. Den kunnskap jeg har i forhold til hjelpeapparatet utenfor sykehuset er det jeg har fått gjennom forskjellige typer samarbeid. Min kunnskap rundt tema brukermedvirkning er det jeg har i fra min erfaring som sykepleier og som enhetsleder. Dette er erfaring som tar utgangspunkt i to forskjellige ståsteder. Som sykepleier er erfaringen jeg tok med meg veldig rettet inn mot individnivået, som leder har man et ståsted som gjør at man ser ting litt mer utenfra og systemnivået blir mer synlig. Som leder synes jeg det er lettere å se at de to nivåene nødvendigvis må overlappe hverandre. Lederrollen gir et overblikk som er større fordi man kan ha litt mer distanse enn sykepleieren, som står meget nært pasienten på godt og ondt. Opp gjennom årene har jeg pasientens egne fortellinger og pårørendes fortellinger, som ofte handler om å ikke bli møtt, ikke bli sett i forhold til sine behov og krav.

Dette er svært ofte såre fortellinger, som kan gi seg uttrykk i mange følelser som sinne og aggresjon, eller gråt. Som helsepersonell er vi ikke like flinke til å takle dette spesielt når det kommer fra pårørende.

Min for forståelse i forhold til brukermedvirkning er også gjennom litteratur. Av normerte tekster har jeg brukt NOU rapportene 1998: 18 Det er bruk for alle, og 2005: 3 Fra stykkevis til helt, Lovverket, lov om psykisk helsevern, legeloven, helsepersonell-loven og pasientrettighetsloven, jeg har også lest mange studier som har omfattet tema. Jeg har også lest bøker som omhandler tema, sentrale forfattere er Arve Almvik, Lisbet Borge, Tone Alm Andreassen, Sissel Seim og Tor Slettebø. Litteraturen peker i retning av det jeg har erfart at mange ønsker å få til men det er ikke så lett av forskjellige årsaker. Faktorer som står i veien er rammevilkårene som igjen innebefatter kultur og struktur, kommunikasjonsmønstre, tradisjonelt rollemønster og maktstrukturer og til sist en meget viktig faktor; holdninger og verdier. Litteratur og egen erfaring viser også at skal man lykkes med brukermedvirkning må dette ha en forankring i ledelsen. Denne forankringen er ikke alltid like godt integrert i forhold til at dette må jobbes med i alle nivåer i organisasjonen. Litteraturen peker også på viktigheten av utdanning, i forhold til utdanning trenger både personalet og pasientene kunnskap om hvordan brukermedvirkning kan brukes som et verktøy både på individ og systemnivå.

Brukermedvirkning er noe vi som helsearbeidere må bestrebe oss på å få til. Pasientene vi er der for er verdt den beste kvalitet på behandlingen vi gir dem. Hvis vi som helsepersonell kan klare å samhandle innad i organisasjonen og utover sektorgrensene vil det kunne gi et bedre helhetlig tilbud som vil gavne pasienten slik at sykehusoppholdene blir færre og kortere. Dette vil være et gode for pasienten i form av økt livskvalitet. Brukermedvirkning er en verdi i seg selv.

I forhold til å møte informantene grudde jeg meg litt. For det første var jeg redd for å kaste bort deres tid, de hadde fått bruke av sin arbeidsdag. Og min forståelse var faktisk litt endret i fra å være veldig optimistisk i forhold til at jeg trodde alle synes brukermedvirkning var positivt, har reaksjoner jeg har fått på tema ikke vært like positive, og bildet har snudd seg fra å se alt fra en side til å bli mer nyansert. Fra å tenke at brukermedvirkning ikke er så vanskelig har det virkelig gått opp for meg at det er ikke så lett heller. Og dette gjorde nok at jeg kanskje gikk i møte med mine informanter med en litt skeptisk holdning i forhold til å tenke at det ville bli mange negative reaksjoner. Møtet med informantene ble en positiv opplevelse, de var reflekterte og ga et nyansert svar i forhold til mine spørsmål.

3.2. Valg av metode.

Hvordan implementere brukermedvirkning som en verdi ble en innfallsvinkel jeg synes det var vanskelig å kvantifisere. Derfor har jeg valgt en kvalitativ innfallsvinkel til min studie. Denne studien er først og fremst bygget opp som en dokumentanalyse. Det betyr at jeg har brukt studier fra andre forskere som omhandler tema brukermedvirkning, empowerment. All litteraturen omhandler ikke direkte min innfallsvinkel til tema. Dette krever at tekstene må analyseres og drøftes opp i mot min innfallsvinkel til tema. En viktig innfallsvinkel i dokumentanalyse er at kildene må analyseres i forhold til den kontekst de er utformet i. (T. Thagaard, systematikk og innlevelse, s 57, 1998.) For å levende gjøre studien har jeg også valgt å intervjuer åtte nøkkelinformanter. Teksten jeg får ut av disse intervjuene er rettet direkte mot det formål jeg skriver om. Det skal sies at som nøkkelinformanter vil disse nøkkelinformantene danne et bakteppe, som vil gjøre studien mer levende.

Dokumentanalyser skiller seg fra data som forskeren har samlet inn i felten, ved å være skrevet for at annet forhold enn det forskeren skal bruke dokumentene til. (T. Thagaard, Systematikk og innlevelse, 56, 1998.)

Dokumentanalyse assosieres fort til offentlige tekster som lovverk, NOU-rapporter stortingsmeldinger osv. Men en dokumentanalyse kan innholde alle slags typer tekster, som lærebøker, intervjuetekst, skrifter av privat karakter og lignende. Det vil si alle slags typer skrifter som er tilgjengelige for forskerens analyse. (T. Thagaard, Systematikk og innlevelse, s 56, 1998.)

En litteraturstudie tilsier at det i hovedsak er en teoridrøftelse på bakgrunn av tekstanalyse. For å få studien mer levende har jeg valgt å intervjuer åtte nøkkelinformanter. Jeg vil også trekke inn egne erfaringer fra eget yrkesliv. Dette beskrives som en trippeldans mellom empiri og teori. Tyngdepunktet ligger mellom etablert teori og empiribaserte fortolkninger. Tidligere teorier kan gi ideer til analysen, og dataene kan tolkes i lys av den teorien. Dermed preges forskningen av et samspill mellom induktiv og deduktiv tilnærming som kalles abduksjon. (T. Thagaard, s 178, 1998). Induktiv metode består av at teorien utvikles fra data. Deduktiv metode består av at dataene testes opp i mot teorien. (T. Thagaard, s174, 1998.)

3.3. Utvalg.

Å velge informanter betyr at man må ta utgangspunkt i hvilken forskningsmetode jeg har valgt. I forhold til at jeg har valgt i hovedsak et litteraturstudie trenger jeg ikke så mange informanter. Jeg har intervjuet åtte nøkkelinformanter. Fire sykepleiere som jobber direkte med pasientene og fire mellomledere. Deres erfaringer vil gi små bilder i forhold til hvordan brukervedvirkning praktiseres i deres hverdag.

Jeg har valgt informantene ut i fra et strategisk utvalg. Jeg sendte et brev ut til fem sykehus, med en beskrivelse av mitt prosjekt i håp om å få svar i fra to sykehus. Jeg hadde bestemt meg for å intervju to sykepleiere og to enhetsledere på hvert sykehus i forhold til å implementere brukervedvirkning som en verdi. Det ble viktig i forhold til mitt prosjekt å snakke med sykepleiegruppen da de arbeider i direkte relasjon til pasienten og vet hvor skoen trykker i forhold til min problemstilling om hvordan implementere brukervedvirkning som en verdi. Men føtter er som sagt ikke like oget viktig perspektiv å få fram var hvordan ledere forholdt seg til denne problemstillingen. Jeg ser for meg at ledere og medarbeidere vil ha noe forskjellige innfallsvinkler til implementering av brukervedvirkning som en verdi. Jeg har også en ide om at hvordan brukervedvirkning blir praktisert også oppleves forskjellig i fra to ståsteder i hierarkiet. Jeg mener mitt utvalg av informanter er typisk i forhold til det fenomen jeg studerer. (T. Thagaard, systematikk og innevelse, s52, 1998.)

Jeg har fått erfare at brukervedvirkning ikke er et like lett tema å forholde seg til, det skaper mange ulike følelser på godt og ondt. Jeg har derfor valgt å ikke intervju i sykehuset jeg selv jobber. Jeg hadde ingen kjennskap til informantene før jeg gikk inn i intervjusituasjonen enn at de var sykepleiere i direkte pleie eller mellomleder.

3.4. Gjennomføring av intervjuene.

Å få til intervjuene har vært en prosess både i forhold til utarbeidelse av intervjuguide og få avtalene i havn. På begge sykehusene jeg har gjort intervjuer har ledelsen hjulpet meg med å finne informanter og møterom. I forhold til gjennomføringen av intervjuene var jeg veldig spent i forhold til å møte informantene. Jeg har møtt kollegaer som har vært skeptiske til mitt valg av tema og var nok av den grunn litt redd for å bare møte negative holdninger. Å jobbe

på sykehus betyr at hverdagen er svært travel, og jeg var nok litt redd for å være til heft og bry og var av den grunn veldig nøye på å holde tiden. Å bruke et tekniskhjelpemiddel under intervjuet var også en utfordring. Fra noen av informantene fikk jeg en reaksjon i forhold til dette. De synes det var litt ekkelt men ville allikevelprøve. imidlertid oppdaget jeg at båndopptakeren snart var glemt når samtalen kom i gang. To av intervjuobjektene ville høre samtalen etterpå, begges reaksjon var at de kunne stå for det de hadde sagt. Alle har fått tilbud om å få sendt referat av intervjuet, men alle takket nei til det. Jeg opplevde å få god kontakt med samtlige intervjupersoner. Jeg hadde ti spørsmål i intervjuguiden, jeg opplevde at det ble sagt mye jeg ikke spurte direkte om som er relevant i forhold til oppgaven. I forhold til dette har jeg fått et muntlig tilsagn fra samtlige informanter om å få bruke også ting det ikke ble direkte spurt om.

3.5. Valg i forhold til teoretisk perspektiv.

Denne studien er først og fremst en dokumentanalyse og det er naturlig å gå inn og se på mitt utvalg i forhold til litteratur. Det er lagt ned sentrale føringer i forhold til empowerment og brukermedvirkning. Det er derfor naturlig å se om lovverket omhandler dette. I forhold til lovverket har jeg brukt lov om psykisk helsevern, pasientrettighetsloven, legeloven og helsepersonelloven hvor alle berører pasientens rett til medvirkning. Jeg har også brukt NOU 1998 : 18 det er bruk for alle. I forhold til individuell plan har jeg også innhentet brosjyre ifra helsedirektoratet. Jeg har også brukt informasjonshefter fra rådet for psykisk helse.

Lærerbøker har også vært en viktig kilde til innhenting av data, T. Alm er en sentral person med boken (Brukermedvirkning i helsetjenesten, 2005.), O. P. Askheim og B Starrin (Empowerment i teori og praksis 2007), A. Almvik og L. Borge (Psykisk helsearbeid i nye sko, 2006.) og A. K. Ulvestad, A. K. Henriksen, A. G. Tuseth og Tor Fjelstad. (Klienten den glemte terapeut 2007.) Og O. P. (Fra normalisering til empowerment, ideologier og praksis i arbeid med funksjonshemmede.) Jeg har valgt lovverk og offentlige rapporter i forhold til de normative data som er nødvendig. Lærerbøkene dekker både det normative og tenkning og teorier rundt begrepene noen tar også opp eksempler og forskning på område. Men først og fremst har de vært min vei til å finne frem i det teoretiske perspektivet, som ikke har vært like lett når det ikke er noen ensidig teori i forhold til brukermedvirkning.

Tilfanget av litteratur er stort og det har ikke vært vanskelig å finne god litteratur på området på biblioteket. Jeg har brukt skolens bibliotek, sykehusets og Deichmanskehovedbibliotek. Foregangspersonene i forhold til empowerment og brukervedvirkning har ligget først og fremst hos personer med fysiske handikap, men denne tilnærmingen har også fått gjennomslag i forhold til andre pasientkategorier. (O. P. Askheim, Fra normalisering til empowerment, s 102, 2003.) Også innenfor psykisk helse. Mitt litteraturvalg vil nok av denne grunn være preget av litteratur som omhandler andre pasientgrupper også. Jeg mener imidlertid at dette ikke foringer studien da det er mye som kan overføres til psykisk syke. Og brukervedvirkning kan praktiseres på de store strukturelle ting som på individnivå og det interaksjonelle plan.

Hvordan kan jeg som leder implementere brukervedvirkning som en verdi? Som problemstillingen viser er det også et ledelsesperspektiv i oppgaven. Det har falt meg helt naturlig at min innfallsvinkel til lederperspektiv er verdibasert ledelse. E. Aadland med boken (Den truverdige leiaren, 2004.) vil være min hovedlitteratur kilde. For øvrig vil jeg bruke pensumlitteratur i forhold til alle temaene jeg berører i studien.

3.6. Troverdighet.

Jeg har valgt å bruke begrepene troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet, da begrepene reliabilitet, validitet og generalisering først og fremst assosieres til kvantitativ forskning. Troverdighet er knyttet til om forskningen er knyttet opp til en tillitvekkende måte. (T. Thagaard, Systematikk og innlevelse, s 20. 1998.) Troverligheten i kvalitativ forskning er knyttet opp til betydningen det kan ha at forskningen er knyttet opp til at forskeren er sitt eget forskningsinstrument. (T. Thagaard, Systematikk og innlevelse, s 179, 198.) At forskeren er sitt eget forskningsinstrument betyr at forskeren må bruke seg selv, for å få frem mest mulig informasjon i forhold til den situasjon en befinner seg i.

Som nevnt tidligere synes jeg at jeg fikk fin kontakt med mine intervjuobjekter. Det virket som de fleste snakket fritt og sa det de mente. Jeg opplevde et par situasjoner hvor intervjuobjektet var redd for å svare feil. Dette var i forhold til spørsmål rundt begrepsavklaring. Jeg opplevde at dette oppsto i forhold til at jeg var masterstudent og intervjuobjektet så på meg som langt mer faglig overlegen, enn henne selv. Da dette ble ryddet opp i slappet informanten av og svarte veldig greit på resten av spørsmålene. Alle åtte

intervjuobjektene var kvinner . Og opplevde derfor ingenkjønnsdiktomisering. Kjønnsdiktomisering innebærer at den mannlige informanten tar kontroll over intervjusituasjonen for å styrke sin maskulinitet. (T. Thagaard, systematikk og innlevelse, s 180, 1998.)

Jeg snakket med tre informanter som var mellom 25 og 30 år, fire var mellom 30 og 40 år og en var i begynnelsen av 60 årene. Jeg opplevde nok at de yngste så på meg med respekt og gjorde sitt ytterste for å svare grundig og informativt, et par av dem svarte veldig teoretisk. I gruppa 30 – 40 år ga svarene en refleksjon rundt hvorvidt praksis og teori var forenbart. Tre ga direkte tilbakemeldinger i forhold til frustrasjon i forhold til mål og reelle ressurser både i og utenfor sykehuset. Den eldste informanten ga uttrykk for at feltet var vanskelig men man må gjøre så godt man kan. Hun ga uttrykk for at det var flott at de unge orket å stå på i forhold til å holde seg faglig oppdaterte. Men synes nok at faget var blitt for teoretisk.

Den observante forsker kan vurdere hvorledes positive eller negative reaksjoner fra informantens side gir informasjon som kan utdype det informanten sier. Informantens følelser i intervjusituasjonen kan både si noe om hvordan de opplever å bli studert, og hvordan informanten reagerer på temaet undersøkelsen tar opp. (T. Thagaard, Systematikk og innlevelse, s 181, 1998.)

Jeg tok alle intervjuene opp på bånd. Og transkriberte dette over til papir. Jeg skrev ordrett det intervjuobjektene sa. Dette var en stor jobb og tok lang tid. Jeg prøvde å gruppere utsagnene i kategoriene: holdninger, kvalitet, ledelse, maktperspektiv, roller og opplæring/undervisning. Et problem jeg har slitt med at intervjuobjektene ikke er konstante i sine meninger. De snakker noen ganger mot seg selv. Dette hadde jeg nok ikke oppdaget på samme måte hvis jeg ikke hadde hørt på båndene noen ganger. Dette har skapt litt problemer for meg i forhold til å sette utsagnet i riktig bås. Jeg har allikevel valgt å ta slike utsagn med i studien. Og samme person kan komme positivt og negativt ut i samme kategorier.

Jeg hadde en halvstrukturert intervjuguide med åpne spørsmål. Jeg synes dette fungerte under intervjuene, men ser i ettertid at det spørsmål jeg burde stilt som jeg ikke tenkte på da.

3.7. Bekreftbarhet.

Bekreftbarheten er knyttet til tolking av resultatene i undersøkelsen. I denne delen er det viktig at forskeren forholder seg kritisk til egne tolkinger av resultatet, resultatet av forskningen bør kunne bekreftes av annen forskning. (Thagaard. Systematikk og innlevelse. s 181. 1998.) I forhold til annen forskning og litteratur viser mine funn at feltet stiller seg noe avventende og noe kritisk til brukervedvirkning som en verdi. Intervjuobjektene var ikke umiddelbart negative men de var heller ikke enhetlig positive. Prinsippene i forhold til brukervedvirkning og empowerment var alle positive til men skilte på teori og praksis. I forhold til litteraturen kan det se ut som brukerne, opplever fagfolk som lite villige til å jobbe i forhold til brukervedvirkning.

3.8. Overførbarhet.

Overførbarhet har ikke noe med beskrivelse av mønstrene i dataene, men om tolkingen av data kan overføres til andre sammenhenger.

Overføring inneholder en rekontekstualisering, ved at den teoretiske forståelsen som er knyttet til et enkelt prosjekt, settes inn i en videre sammenheng. På den måten kan en enkelt undersøkelse bidra til en mer generell teoretisk forståelse. (Thagaard. Systematikk og innlevelse. s 184. 1998.)

Det er ikke alle kvalitative tekster overførbarhet er en målsetning. I beskrivende tekster er det forståelsen innenfor den rammen en skriver som er viktig. (Thagaard. Systematikk og innlevelse. S. 184. 1998.)

I min studie fant jeg at holdningene til brukervedvirkning og empowerment var delt. Det var bare en av mine åtte informanter som medelte at hun var negativ til brukervedvirkning. Men i løpet av intervjuet snudde denne holdningen og synet ble mer nyansert. Resten av intervjuobjektene var positive i utgangspunktet, men også deres holdninger var vekslende. Jeg fant ingen forskjeller i holdningene i forhold til de fire lederne, deres holdninger føyet seg inn under de andre fire intervjuobjektene. Hele gruppen sett under ett var ganske ensartet i sin ambivalens. Ingen av intervjuobjektene hadde jobbet eller jobbet et sted hvor empowerment og brukervedvirkning var en bevisst strategi og ideologi. Fire av intervjuobjektene sa det ville være spennende og av de var to ledere. De fire resterende intervjuobjektene pekte på

faktorer som hindret et slikt perspektiv. Det var for liten tid, for få personal, pasientene var for syke, det kom også fram økonomiske hindre. I forhold til den litteraturen jeg har vært gjennom gjenspeiler mine intervjuer funn som er gjort i tidligere studier. Litteraturen viser at det grupper av brukere som er kommet lenger i forhold til arbeidet med brukervedvirkning enn psykisk helse-feltet. Ut i fra litteratur og empiri ser jeg at mye kan overføres til andre felt, jeg har i denne studien også brukt litteratur og forskningsrapporter som tar for seg andre grupper enn pasienter med psykiske lidelser. Å være i en situasjon hvor man er hjelpetrengende vil makt og rollefordeling og holdninger alltid være et aktuelt tema, som er gjenkjennbart.

3.9. Problemer i forhold til utvalget.

Det at forskeren har kjennskap til miljøet som studeres, kan altså være en styrke og en begrensning. På den ene side kan forskeren forstå informantens situasjon, og forskerens erfaring kan bidra til å bekrefte den forståelsen forskeren utvikler. På den andre side kan forskeren overse nyanser som ikke er i samsvar med egne erfaringer. (Tove Thagaard, Systematikk og innlevelse, s 183, 1998.)

Jeg synes det informantene hadde å fortelle var svært adekvat i forhold til den hverdag sykepleiere og ledere opplever. Jeg kunne kjenne meg igjen i flere av beskrivelsene. Jeg kan ikke se at jeg har oversett viktige problemstillinger fordi jeg er for familiær med miljøet, men jeg skal ikke se bort i fra at det er en mulighet. I ettertid ser jeg at noen problemstillinger er oversett, dette er imidlertid ikke et resultat av at jeg kjenner feltet for godt, men at jeg underveis har tilegnet meg mye ny kunnskap som setter problemstillingen i annet lys.

I forhold til at jeg skriver en litteraturstudie blir mine data primært knyttet opp til litteraturen. Og i forhold til dette er det viktig at det er sammenheng mellom empiri og teori. Litteraturen jeg har brukt opplever jeg som relevant i forhold til tema.

3.10. Oppsummering.

Metoden skal fortelle om prosessen underveis i studie og hvilken metode som er brukt i forhold til å løse oppgaven. Metoden forteller hvordan dataene er hentet inn og hvem du har intervjuet. Den skal også fortelle om hvilken intervjuform som er brukt. Metoden reflekterer også hvor vidt dataene og resultatene er relevante i forhold til litteratur og annen forskning. I dette tilfellet er oppgaven primært et litteraturstudie, med nøkkelinformanter. I forhold til bruk av mine nøkkelinformanter har jeg brukt separate intervjuer som ga meg mye informasjon. I forhold til bekreftbarhet og troverdighet konkluderer jeg med at mine funn er forenlige med den litteratur jeg har.

4.0. Oppgavens teoretiske grunnlag.

Kapittel fire vil ta opp teorigrunnlaget for brukermedvirkning og empowerment-tankegangen. Empowerment står for bemyndigelse og i dette begrepet ligger det et maktperspektiv. Hvordan makt og empowerment henger sammen vil bli belyst. Empowerment er bygd opp på likeverdsprinsippet, dette betyr at empowerment også berører rollefordeling. New public management med sitt fokus på brukeren som kunde og konsument vil også bli berørt i forhold til empowerment og velferdssamfunnet. Ledelsesperspektivet jeg har valgt er verdibasert ledelse hvor dygdsetikken er grunnlaget for ledelsesformen. Jeg har også sett på hvordan struktur, kultur og rammer innvirker på brukermedvirkning og empowerment.

4.1. Teorigrunnlag i forhold til brukermedvirkning.

Brukermedvirkning er som nevnt tidligere et vanskelig begrep. Det er vanskelig eksakt å definere hva begrepet består av. Samtlige av mine informanter ga uttrykk for at de ikke helt hadde en klar ide om hva begrepet inneholdt. Tre av informantene sa at brukermedvirkning var et begrep som kom fra empowerment. Fem av informantene mente brukermedvirkning innebar at pasientene skulle få informasjon i forhold til sin behandling. To mente det innebar at pasient og pleier hadde et jevnbyrdig forhold. Ingen av informantene visste om noen ensidig teori i forhold til brukermedvirkning. En informant nevnte Habermas og systemteori.

Brukermedvirkning har ingen klart definert teori. Det er innfallsvinkler til dette begrepet. Disse tre begrepene er livsverdenen, systemverdenen, og empowerment. Disse tre begrepene viser hvilke paradokser begrepet brukermedvirkning fører med seg. Livsverdenen representerer den enkeltes grunnleggende virkelighet og danner utgangspunkt for en felles oppfatning og forståelse av forskjellige av bestemte forhold i hverdagen. Hvis vi setter dette i brukerperspektiv vil det si at de som deltar har en felles kontekst og gjennom dialog og samvær kan man dele oppfatninger i fra ulike og felles livsverdener. Begrepet livsverden har utgangspunkt i fenomenologisk tradisjon hvor filosofen Husserls er sentral. (H. Sigstad, Tidsskrift, Den Norske legeforening, nr 1/8 januar, 2004.) Systemverdenen hvor filosofen Habermas er sentral bygger på at livsverdenen i den vestlige verden er oppsplittet og den

danner ulike undersystemer. Hvor systemet av økonomi og regler representerer et eget adskilt system. Habermas sier at når systemverdenen med sine krav til effektivitet og kontroll griper inn i livsverdenen skjer det en kolonisering. Systemverdens idealer tar over og ødelegger de mest sentrale verdiene livsverdenen representerer. Dette kan føre til at behandlingprosessentil pasienten blir styrt av personalets oppfatninger og verdier.

Life world meaningful frame of norms, concepts and taken – for – granted assumption of the “truth”.(C. Normann, Scand J Caring, 2006; 20, s 186.)

Det tredje begrepet brukermedvirkning springer uti fra er empowerment. På norsk har empowerment blitt oversatt til bemyndigelse. Empowerment er ideologisk forankret i demokratisk teori og kan dessuten knyttes teoretisk til kommunikative handlingskategorier innenfor kritisk teori, frigjøringspedagogikken i Latin-Amerika og fenomenistisk teori. (H. Sigstad, Tidskrift, Den Norske legeforening, nr 1/8 januar, 2004.)

Empowerment lar seg vanskelig oversette med ett ord, som tidligere nevnt er det blitt oversatt med bemyndigelse, dette krever at pasienten blir myndiggjort. Bemyndigelse og myndiggjøring er begreper som lyder både tungt og gammeldags ut i manges ører, men det er vanskelig å finne et godt norsk ord som dekker empowerment. Brukermedvirkning og empowerment blir ofte brukt om hverandre, men brukermedvirkning er som sagt også et begrep som er lite beskrivende, og dette begrepet er vidt og kan brukes om så mangt. For å sitere et av intervjuobjektene “Bruker? Hva er det? Er det pasienten eller er det en narkoman på gaten, eller er jeg en bruker når jeg er i butikken”. Hun peker virkelig på hvor diffust begrepet er. Uansett hvor diffust begrepet er så mangler brukermedvirkning maktperspektivet som ligger i empowerment. Dette begrepet inneholder ordet power som heller ikke lar seg oversette med ett ord. Power blir oversatt med styrke, makt, kraft og evne. Empowerment handler om mennesker eller grupper som har kommet i en avmaktssposisjon, de må opparbeide seg styrke og kraft for å komme ut av. Gjennom å få kraft skal personene eller gruppen bli så sterke at de klarer å motarbeide krefter som holder dem nede. Dette skal gi kontroll, makt og styring over eget liv. Det vil være tre faktorer som utgjør empowerment: STYRKE – KRAFT – MAK. Empowermentbegrepet uttrykker både målsettinger og virkemidler for å nå målet. (O. P. Askheim, Empowerment, s 21, 2007.) Dette utgjør et stort skille i forhold til begrepet brukermedvirkning. Som disse faktorene ikke ligger implisitt i selve begrepet. Men disse faktorene er allikevel nødvendig hvis brukermedvirkning skal bli en realitet.

Empowerment og brukermedvirkning blir svært ofte brukt som gjensidige begrep. Men som det er nevnt tidligere i oppgaven har empowerment en ideologisk og politisk tilhørighet.

Brukermedvirkning har ikke et slikt ståsted. Brukermedvirkning er derimot nødvendig i empowermentprosessen for å nå målene på individ- og systemnivå. (E. Willumsen, Brukernes medvirkning, s 18, 19, 2005.)

Innunder systemnivå definerer jeg gruppe og samfunnsnivå. Empowerment bygger på en ideologi hvor blant annet Freiers (1974) tanker om kritisk dialog, som også hadde sitt utspring i kvinnefrigjøringsbevegelsen og i krigen mot fattigdom og rasisme i borgerrettsbevegelsen i USA på slutten av 1970-tallet. Det kan også vises til fellestrekk med internasjonal arbeiderbevegelse, frigjøringsteknologi og avkolonisering i Afrika og selvhjelpsvirksomhet. Allerede på 1960-tallet var empowerment oppe som en ide, ideer om hjelp til selvhjelp kom på 1970-tallet. (E. Willumsen, Brukernes medvirkning, s 18, 2005.)

Empowerment handler om å tilkjempe seg sin rettmessige plass i samfunnet, for å kunne ta del i felles rettigheter og plikter på likeverdige vilkår.
(E. Willumsen, Brukernes medvirkning, s 18, 19, 2005.)

Dette sitatet viser at empowerment også dreier seg om en demokratisk rett. Det er rett alle har til å delta på like premisser som andre i samfunnet. Jeg har pekt på tidligere i oppgaven at empowerment både inneholder en målsetting og et virkemiddel for å nå målet. Ut i fra dette kan vi se at empowerment kan være et mål for å øke individuell og kollektiv makt. Dette kan igjen føre til at individet eller grupper kan handle i forhold til å forbedre sin situasjon, sin velferd, sine levekår og sin livskvalitet. For å nå disse målene kan empowerment også benyttes som en metode. (E. Willumsen, Brukernes medvirkning, s 19, 2005.)

Som vi ser har empowerment både en individuell og en strukturell dimensjon. De individuelle faktorene handler om selvtillit, selvbylde, kunnskap og ferdigheter. De strukturelle faktorene handler om samfunnsmessige faktorer som politikk, økonomi og rammebetingelser og maktfaktorer. Disse faktorene er gjensidig avhengig av hverandre. Og det vil igjen si at sammenhengen mellom den enkeltes livssituasjon og samfunnsmessige og strukturelle forhold som kan bidra til å forsterke problemene må identifiseres, bevisstgjøres og motarbeides.

NOU 1998: 18 Det er bruk for alle sier at :

Empowerment bygger på en holdning og et menneskesyn, hvor utgangspunktet er at alle mennesker har ressurser til at definere egne problemer og utvikle handlingsstrategier, der forholder seg til problemene på en for dem på en forståelig, og håndterbar måte. Men det betyr ikke, at den enkelte skal overlades til seg selv, og at den professionelle kan fralægge seg et medansvar. Professionelle og borgere er sammen om en felles borgerdefinert oppgave ut fra hver deres forudsætninger. (s 190)

Det ligger en forutsetning i dette at mennesker gjør det de kan for å få sine liv best mulig.

Men samtidig vet vi at mennesker av ulike grunner ikke handler like rasjonelt. Alle har heller ikke like forutsetninger for å klare seg like bra.

4.2. Empowerment i forhold til velferdssamfunnet.

Brukermedvirkning er et satsningsområde i forhold til velferdspolitikken. Innenfor psykisk helse er dette også svært sentralt. Stortingsmelding nr 25 (1996-97) og opptrappingsplanen for psykisk helse (1999-2008) har dette som sentrale punkter. Opptrappingsplanene for psykisk helse hadde mange kvantitative mål som flere boliger, flere distriktpsykiatriske sentre, flere døgnplasser for ungdom osv. Men kanskje det viktigste målet planen inneholdt var av kvalitativ art og det var å fremme uavhengighet, selvstendighet og evnen til å mestre eget liv. (T. Ø. Vaaland, Brev til en minister, s 10, 2007) Brukermedvirkning blir et middel i forhold til å nå et slikt mål.

Empowerment har blitt omfavnet av både høyresiden og venstresiden i politikken. I forhold til høyresiden er det markedstenkingen som er rådende. Det er blitt sagt at empowermer et av grunnbegrepene i liberalismen. (O. P. Askheim, Fra normalisering til empowerment, s 109, 2007.) I den postmoderne samfunnsstruktur er markedsøkonomien gjeldende.

Velferdspolitikken må derfor være i harmoni med de kravene dette stiller. Ut i fra en slik tenkemåte er empowerment den enkeltes frihet til å velge tjenestetilbud og ytelser. Ideen er at gjennom markedsregulering mellom tilbud og etterspørsel vil man kunne lage tilbud som er brukerorienterte og med høy kvalitet. Når kundene betaler for tjenestene de mener kan stille deres behov vil dette gi makt til brukerne. Slik jeg ser det vil en slik tankegang gi makt til en gruppe brukere som allerede har makt i fra før. Det vil være til grupper som er resurssterke i

utgangspunktet. Ved New publicmanagement er dette en tankegang som har fått større og større plass også i velferdssektoren. Et element i New publicmanagement er at kunder og klienter kan gjøre sine interesser gjeldende direkte overfor staten gjennom brukermedvirkning, brukerstyring eller valg mellom produkter og tjenester i et marked. (B. S. Tranøy, Ø. Østerud, s 74, Den fragmenterte staten, 2004.) Empowerment fremstår da som en del av markedstenkningen. Innbyggerne får en kunderolle i forhold til offentlige tjenester. At innbyggerne får en kunderolle i forhold til offentlige tjenester stiller krav til det offentlige som serviceprodusent. Dette fører igjen til at borgerne som kunder eller brukere vil ha en personlig innflytelse over utformingen av tjenestene.

Som vi ser har empowermentttenkningen utgangspunkt i veldig forskjellige ideologier. Og disse ideologiene står i motsetning til hverandre. Det paradoksale er :

På den ene siden består den av venstreradikale ideer om undertrykking av tjenestebrukerne og marginaliserte grupper fordi det kapitalistiske og effektivitetssamfunnet ikke har bruk for dem. På den andre siden er den nettopp inspirert av en kapitalistisk markedsøkonomi som ser brukerne som konsumenter og der forbrukersuverenitet og valgfrihet skal være de overordnede prinsippene. (O. P. Askheim, Fra normalisering til empowerment, s 110, 2007.)

Konkurransetsetting av tjenester er et viktig element innenfor denne tenkingen.

Konkurransetsetting skal gi alternativer slik at en som bruker kan velge det alternativet som passer en best. Det pekes på at velferdsstaten som er bygget på likhetstenkning er under press, presset kommer både nedenfra det vil si grupper fra bruker siden og ovenfra gjennom sterkere oppslutning rundt markedstenkning og større mangfold i velferdspolitikken på grunn av de store utfordringene vi står overfor i et moderne samfunn. Skillelinjen mellom disse to retningene går på hvordan tjenestebrukeren blir sett på. Den venstreradikale retningen ser på tjenestebrukeren som en samfunnsborger. For å oppheve umyndiggjøringen i samfunnet og over foreksempel helsetjenesten er brukerkontroll i fokus. Den liberalistisketilnærmingen er opptatt av at tjenestebrukeren som forbruker eller kunde skal ha frihet til å dekke sine individuelle behov på den måten som er best for ham/henne innenfor tjenestemarkedet.

Gjennom at kunden betaler for tjenesten har han eller hun rett til å velge hvordan den skal ytes. (O. P. Askheim, Fra normalisering til empowerment, s 110, 2007.) Konsumentttenkingen i empowerment har som sagt sitt utspring i høyliberalistiske strømninger i samfunnet, ser vi at venstresiden også tar empowerment-tankegangen til seg. Dette er et uttrykk for at velferdsstaten slik den er i dag kan virke paternalistisk og undertrykkende, den skaper rettferdighet i forhold til at den ikke klarer å ta hensyn til individuelle hensyn. Dette er et

uttrykk for alle de forskjellige måter man kan leve på uten at man kan si at det ene er bedre enn det andre. Venstresiden har erstattet begreper som politisk økonomiske analyser med kultur og identitet. Empowerment blir da et begrep som ikke bare står for økonomiske verdier, men det blir et begrep som inneholder verdiene som følsomhet og respekt, og det handler om å anerkjenne andres kultur. (O. P. Askheim, Empowerment, s 26, 2007.) Venstresiden tar avstand fra markedsorientering som basis for empowerment. Et argument i forhold til dette er at markedsorientering betinger at man skal komme ut med kostnadsgevinst. Å lage tilbud for marginale grupper som psykisk syke, senildemente osv. er det få som vil gå inn for, dette er grupper som er ressursvake og som har liten mulighet til å kjøpe tjenester. Valgfriheten og brukerstyring er ikke like reell for svake grupper. Det fortøner seg nå som to ulike modeller hvor den ene modellen er konsumentmodellen hvor tjenestebrukeren ses på som konsumenter hvor hensikten med brukerdeltagelse er å influere på eget tjenestetilbud ut i fra en markedstenkning. Den andre modellen er den demokratiske modellen, denne modellen har et videre perspektiv, den ser også på empowerment som motmakt og den tar sikte på å utvikle en politikk som skal hindre sosial ekskludering, diskriminering og klientifisering. Denne modellen er opptatt av tjenestebrukernes livssituasjon generelt. Den demokratiske modellen har et frigjøringsmoment som ikke konsumentmodellen har. Vi kan med dette trekke linjen til Freire, hvor bevisstgjøring i forhold til avmakt vil frigjøre svake grupper i forhold til sin situasjon. For å trekke det tilbake til i helsetjenesten handler det om å gjøre tjenestene mer brukervennlig.

Det dreier seg om å gjøre tjenestene mer brukervennlige. Setter en empowerment lik brukerinnflytelse, tar man begrepet ut av ut av det politiske bildet. Det skjer en avpolitisering og mer grunnleggende maktforhold i samfunnet tas bort fra dagsordenen. (O. P. Askheim, Empowerment s 28.) Vi nærmer oss da begrepet brukermedvirkning som ikke har et politisk motiv i utgangspunktet, men som retter seg mer direkte til brukeren og mulighet til medvirkning på et individuelt plan. Nå skal det allikevel sies at brukermedvirkning er nok blitt mer tolket som empowerment da man mener at brukermedvirkning skal innebære medvirkning både på system- og individnivå. På den første verdenskonferansen i Sundsvall om helsefremmende arbeid 1991 ble det lagt stor vekt på de støttende miljøenes vekt på helsen. De sosialpolitiske og økonomiske miljøer ble det fokusert spesielt på. Utvalget la vekt på dette argumentet.

Sette lokalsamfunnet og enkeltindivider i stand til å få kontroll over sin helse og sitt miljø gjennom utdanning og empowerment. (NOU 1998: 18. Det er bruk for alle, s 189.)

Dette peker på at empowerment er en metode som er like bra for den profesjonelle som den ikke-profesjonelle. Empowerment er også en pedagogisk, sosial og helsefremmende strategi.

Sett i lys av New publicmanagement er brukerperspektivet kommet veldig frem i lyset. New publicmanagement kritiseres fordi den er meget markedsorientert. New publicmanagement sier at det offentlige er til forbrukerne. Dette har vært noe brysomt for oss, fordi det i dette ligger en kritikk av offentlig sektor slik den ser ut i dag. Kritikken løper ut i fra at offentlig sektor har hatt for stort fokus på egen organisasjon og på de ansatte. (Dyrhol.

Kommunerevisoren nr 4. 2003. 58 årg. s 9.) I prosjektet Fot i Hose pekes det på at: "De ansatte hadde sterkere søkelys på seg selv og arbeidssituasjonen enn på brukerne. (Hovind mfl. Fot i hose s. 24.1998) Det er viktig at de ansatte har gode arbeidsvilkår . Det er allikevel viktig at vi ikke glemmer hvorfor vi har en jobb i helsevesenet. Vårt hovedfokus skal være pasienten.

En viktig dimensjon ved brukermedvirkning er at den skal være demokratisk. Dette tilsier at bruker har en rett til å være med å utforme tjenesten. Dette tilsier at vi som fagfolk må være flinkere til å trekke inn brukerne, dette vil være med på å forsterke en demokratisk tradisjon. Det er viktig at brukerne da deltar både på systemnivå hvor de har en indirekte innflytelse og på individnivå hvor de har innflytelse direkte på egen situasjon.

New publicmanagement setter brukervalg i fokus. Frie brukervalg er sterkt knyttet opp til konkurransebegrepet. Skal valgene være reelle må det være noe å velge i. I forhold til psykisk syke har denne rettigheten ikke vært så veldig aktuell. I Oslo er det slik at blir du akutt innlagt kommer du til den akuttavdelingen du sogner til. Og mange pasienter orker ikke å ta den kampen det vil være å skifte institusjon. Frie

4. 3. Makt, avmakt og motmakt.

I mine intervju med nøkkelinformantene var det tre av intervjuobjektene som mente brukermedvirkning handlet om makt. To forklarte dette med at brukermedvirkning var knyttet opp til empowerment hvor power fremsto som maktperspektivet. En informant mente at pasientene måtte få mer makt skulle de komme seg ut av sin situasjon. Hun var klar i forhold til at de kanskje ikke ble friskere av sin sykdom av det, men at de kunne håndtere sykdommen bedre. Hun sa også “Å sitte inne på et sykehus hvor alle bestemmer over hodet på deg blir ingen bedre av”.

For å relatere dette tilbake til empowerment-begrepets opprinnelse vil jeg gå tilbake til Freire. Han var fra Sør-Amerika og jobbet blant fattige landarbeidere i Brasil. Disse arbeiderne hadde lite eller ingen utdanning. Og Freire observerte at de var svært preget av apati. Freire så på dette som en konsekvens i forhold til den situasjon de var i. Han så dette som en konsekvens av økonomisk, politisk og sosial undertrykking. Situasjonene de befant seg i gjorde det vanskelig å utvikle kritisk bevissthet og reagere i forhold til dette.

For å overvinne undertrykkingen mener Freire at menneske først og fremst må bli klar over dens årsaker, slik at det ved å handle annerledes kan skape en situasjon – som gjør det mulig å strekke seg etter et rikere menneskeverd.
(Askheim, Empowerment, s 23, 2007.)

For å gjøre en parallell til psykisk syke er dette også en gruppe som både er økonomisk, politisk og sosialt undertrykt opp gjennom historien. Det er en gruppe som er sterkt stigmatisert, og det er vanskelig for dem å delta og stå opp for sine rettigheter. Dette fører igjen til at ved å ikke delta er de med på sin egen undertrykking. En episode jeg opplevde for mange år siden med en pasient hvor vi satt og pratet om pasientens livssituasjon, hvor pasienten uttrykte frustrasjon i forhold til sin egen livssituasjon og hvor lite pasienten hadde å si over eget liv. Pasienten mente livet ble styrt av sykehuset og samfunnet. Den gangen tok jeg det som en paranoid ide og det ble tolket som et symptom på en sykdom. Pasienten følte avmakt og fortvilelse over sin egen situasjon og så ingen løsning for å komme ut av situasjonen. Freire sier at de undertrykte også er sin egen undertrykker. Dette springer ut i fra at de har gjort sin undertrykkers bevissthet og virkelighetsforståelse til sin egen. (O. P. Askheim, B. Starrin, Empowerment, s 23. 2007.)

Ved å ikke delta er de med på sin egen undertrykkelse. I mitt møte med psykiatrien viser pasienten avmaktsfølelse. Pasienten føler ikke han kan gjøre noen ting med sin livssituasjon. Dette blir på mange måter bekreftet da jeg tolker dette som et sykdomstegn. For mange pasienter er ikke dette noen unik måte å bli møtt på, og at en identifiserer seg i forhold til måten man blir møtt er et kjent fenomen. Min måte å møte pasienten på bidro til å internalisere en rolle som pasient/offer som det skal noe til å komme seg ut av. Pasientrollen har en tendens til å bli dominerende i forhold til alle andre roller; for eksempel som rollen som psykiatrisk langtidspasient. (K. H. Løken, O. P. Askheim og B. Starrin, Empowerment s 141, 2007)

Et postmodernistisk syn vil hevde at maktrelasjonen ikke forsvinner, men det skaper krefter i forhold til frigjøring og kreativitet. Skal den undertrykte eller de undertryktes grupper komme ut av avmaktsforholdet må de være klar over årsakene til fenomenet slik at de kan handle annerledes og skape en ny situasjon. Bevisstgjøringen må ta utgangspunkt mellom menneske og verden. Vi som har vårt virke i helsesektoren har en utfordring i forhold til lære oss å bruke makten på en kritisk måte slik at det skapes muligheter for frihet og nytenkning både innenfor faggruppene og i organisasjonen. Den viktigste metoden til en slik endring er dialogen. Det kollektive blir det sentrale utgangspunktet for bevisstgjøring og handling. Det handler om å styrke handlingskapasiteten mellom aktører på samme nivå, men det handler også om å styrke aktørenes maktposisjon oppad i forhold til overliggende maktnivåer. Et viktig poeng er at brukerne av tjenesten selv må stå frem for å avskaffe undertrykkingen og kjempe for retten til fullverdig deltagelse og likestilling i samfunnet. (O. P. Askheim og B. Starrin, Empowerment, s 24, 2007.)

Ut i fra et brukerperspektiv må forholdet mellom pasient og helsepersonell endres. Når vi endrer pasientrollen over til å være en bruker vil det medføre en endring som fører til høyere status. Dette vil føre til en maktforskyving mellom helsepersonell og bruker. Dette krever et visst mot i fra begge parter, brukerne må tørre å stå opp for sine krav og rettigheter. Helsepersonellet derimot må tørre å gi fra seg makt. Psykiatrien har liten kultur i forhold til å sidestille brukerkompetanse og fagkompetanse. Brukerne blir i liten grad tatt med i beslutninger som omhandler deres hverdag. Hvis en ser på fagutøvers utøvelse eller intervensjon for å gi brukere "makt til" vil det på individ nivå bety å være brukerens støttespiller og advokat. På systemnivå vil et bety å tilrettelegge strukturelle rammefaktorer. I. Stang, Helsefremmende arbeid i en brytningstid, s 148.) Makt er et begrep som er foranderlig. Det kan variere i forhold til kompetanse og posisjon. Kompetansen utgjør kunnskap og

ferdigheter andre er avhengig av, med posisjon kan man mobilisere ressursene i organisasjonen. I et sykehus vil de forskjellige fagprofesjonene ha betydelig makt. Makt er et begrep som ofte blir sett på som negativt. Som tidligere nevnt blir det svært ofte forbundet med å ta kontroll, i forhold til psykisk helsearbeid blir det svært ofte assosiert med tvang. Men hvis vi skal tenke makt i forhold til empowerment eller bemyndigelse er makt noe man gir og ikke tar, og det innebærer og gi makt til svake grupper. Ved dette er håpet å bedre deres livsvilkår.

Bemyndigelse innebærer makt også til grupper som tradisjonelt har vært maktesløse, som eksempelvis pasienter og andre brukere av velferdsstatens organisasjoner. (I. Stang, Helsefremmede arbeid i brytningstid, s 149.)

Det vil også handle om å styrke brukeren som enkeltindivid slik at vedkommende gis økt makt og myndighet i eget liv. Slik at brukeren kan arbeide for sine rettigheter og muligheter for deltagelse og innflytelse i samfunnet.

Det er mange aspekter ved maktperspektivet og det at makt kan skjules er også en side som må komme frem. Det viser seg at ved å prøve å avdekke makt har den lett for å fremstå i forskjellige forkledninger. Det kan se ut som man har forandret på forholdene, men ser en godt etter vil det en prøvde å forandre være der i en litt annen form. "Selv med de beste intensjonerskal man ikke føle seg trygg på at en greier å endre eksisterende maktforhold. Og særlig der hvor ideologiene og de gode intensjonene råder grunnen er det viktig å være observant." (I. Stang, H. A. Hauge, M. B. Mittelmark, Helsefremmede arbeid i en brytningstid, s150.) Gjennom språket man bruker i forhold til ideologiene kan makt maskeres eller skjules. Dette kan kalles et ikke-maktspråk fordi fagterminologien eller måten fagutøver snakker på, kan skjule en innebygd maktutøvelse. (I. Stang, H. A. Hauge, M. B. Mittelmark, Helsefremmede arbeid i en brytningstid, s150.) Makt kan også skjules ved at man distanserer seg psykologisk i fra den, eller ser saken fra et overordnet synspunkt. Det kan da se ut som man ikke utøver makt men gjør jobben sin. Og man tenker ikke på at den personen som opplever situasjonen kan oppleve dette helt annerledes.

Uten bruk av empati eller innlevelsessevne kan makt lett skjules fordi en ikke forstår eller forsøker å forstå hvordan det er å være gjenstand for andres handlinger. (I. Stang, H. A. Hauge, M. B. Mittelmark, Helsefremmede arbeid i en brytningstid, s150.)

Makt kan også skjules som byråkrati ved å skyve ansvaret for egen fagutøvelse oppover i systemet. Holdningen til fagutøveren blir da at man bare gjør jobben sin. Alle har mulighet til å velge sitt handlingsmønster, men det er ikke like lett å ta sanksjonene som vil komme i

ettertid i form av ordrenekt. Ut i fra egen hverdag opplever jeg svært ofte at pleiepersonalet er reflekterte og stiller spørsmål ved behandlingen, men det er ikke alltid like lett å bli hørt, og når en får som motargument at da er det ordrenekt føler man ikke man kommer noen vei. Og ordrenekt er en alvorlig ting og velger man den veien skal man ha en sterk rygg. For en kan ikke regne med støtte, hvis det man protesterer på ikke er meget hårreisende og det er det som regel ikke. Men det igjen gjør sitt til at kamuflering av makt får fortsette, og de samme mønstrene gjentas. Maskering av makt skjer også på det strukturelle nivået. Dette skjer ved at man aksepterer verdigrunnlaget i organisasjonen uten egentlig å ha reflektert over det. Som ny på en arbeidsplass blir man ofte møtt med at slik gjør vi det her, de som prøver å stille spørsmål kan fort bli sett på som litt "brysomme" og man forventer at nye arbeidstakere skal ha en ydmyk holdning, til det å være ny, slik at man kan lære å tilpasse seg den nye kulturen.

Kultur i en organisasjon kan forstås som et relativt stabilt sett av verdier, holdninger, regler, normer, og rutiner som befester organisasjonens ansikt innad og utad. (I. Stang, H. A. Hauge, M. B. Mittelmark, Helsefremmende arbeid i en brytningstid, s 151.)

De strukturelle rammene kan fort bli oppfattet som uforanderlige og nesten som naturlover. Det er derfor en svært god grunn til å ta opp organisasjonens verdigrunnlag med jevne mellomrom til diskusjon for å se om det er ting som burde revurderes. Disse refleksjonene burde gå ned i organisasjonen og brukerne burde få være med. Dette fordi det er så vanskelig å avdekke strukturell makt og for å fremme empowerment/bemyndigelse både for personal og bruker. Strukturell makt er vanskelig å avdekke fordi det er ingen enkeltmennesker som står ansvarlig for denne type makt. Strukturelle og kulturelle prosesser er svært vanskelig å ha oversikt over fordi de har gått over tid og det er mange mennesker som har vært involvert. Resultatet er at det er svært diffust hvor makten egentlig sitter. Jeg synes det er viktig å peke på at strukturelle rammer også er viktig å ha i en organisasjon, det gir retningslinjer og forutsigbarhet i hverdagen. Det er selvfølgelig en fare at strukturelle forhold blir opprettholdt fordi det er bekvemmelighetshensyn. Et mål for organisasjonen er å skape et trygt miljø hvor man kan tåle at det settes et kritisk søkelys på etablerte sannheter. Skal man definere alle problemer som strukturbestemte, tar man bort den enkeltes ansvar for sin egen skjebne, som igjen kan føre til en argumentasjon i fra både personal og pasient at det var systemene sin feil i at ting gikk galt.

Fordeling og omfordeling av makt skjer gjennom personlige endringsprosesser i tillegg til den legitimiteten politiske vedtak gir. (Brukermedvirkning innen psykisk helse, mental helse, s 10)

Makt over eget liv, i forhold til å ha innflytelse over eget behandlingsopplegg eller en mer systemisk makt som tilsier at man er med på å bestemme hvordan for eksempel politikken skal utformes i forhold til egen helse er ikke noe vi som ”eksperter” kan gi bort som en gave til brukerne. Makt over eget liv skal erobres og tilegnes for å kunne fastholdes og anvendes. Makt kan forstås som: “Makt til å handle og makt over eget liv, men ikke makt over andre”. (NOU 1998: 18, Det er bruk for alle, s 190.) En reell brukermedvirkning forutsetter en klar bevissthet om det maktforholdet som eksisterer, denne makten må brukes til det beste for brukeren.

Pasienter innen for psykisk helsevern er ikke de som har stått på barrikadene i forhold til sine rettigheter. Tjenesteapparatet er sterkt og det er vanskelig å bli hørt, å være psykisk syk betyr at selv tilliten er liten. Å mobilisere krefter til å stå i mot et helt tjenesteapparat er vanskelig. Vi som jobber i helsevesenet er ikke alltid like flinke til å informere om muligheter og rettigheter pasienten har. Mange pasienter kjenner derfor ikke til rettighetene sine, og for mange er det vanskelig å si i fra i forhold til å få informasjon om de muligheter og rettigheter man har. Slik dagens tilbud er organisert innenfor psykisk helsevern er man prisgitt de tilbudene man får, dette kan gjøre det vanskelig å stille krav. Det viser seg at jo mer alvorlig syk pasienten er jo større er avmaktsfølelsen i forhold til å stille krav. Avmakten forsterkes i forhold til hvor avhengig man er av hjelp. I forhold til å redusere avmaktsfølelsen blir tillitsforholdet mellom personal og pasient svært viktig. Å hjelpe pasienten til å se at det finnes løsninger og muligheter til å gjenvinne kontroll over egen livssituasjon er en stor og utfordrende oppgave i vår jobb som fagpersonal.

I NOU 1998: 18. Det er bruk for alle legges det vekt på at empowerment handler om makt og maktesløshet. Dette er ikke bare et individuelt problem, men også sosialt, økonomisk og kulturelt betinget.

Empowerment er å styrke den makt den enkelte eller gruppen måtte være i besittelse av for å endre og påvirke uhensiktsmessige forhold. Måleter at personene mer effektivt kan styre sine liv mot egnemål og behov.
(NOU 1998: 18, Det er bruk for alle. S 189.)

Hvis vi tar et tilbakeblikk til Freire ser vi at dette handler om frigjøring av enkeltindividet eller av gruppen. NOU 1998 : 18 peker videre på at de som er utsatt for maktesløshet og mangel på kontroll over egen livssituasjon er mer utsatt for sykdom.

4.4. Roller: fra objekt til subjekt.

Empowerment, brukermedvirkning handler om roller, makt og strukturer. Empowerment har et strukturnivå og et individnivå. Og det er individnivået som skal belyses i dette kapitlet.

Hvordan kan vi tenke empowerment/brukermedvirkning innenfor en terapeutisk ramme. Hvordan kan vi som helsearbeidere innen for psykisk helse legge forholdene til rette i forhold til rette slik at pasienten selv kan ta makt og gjenvinne styringen over eget liv? Dette er en problemstilling som både setter krav til rammene som det jobbes innenfor, og til relasjonen mellom hjelper og pasient. Empowerment og brukermedvirkning har som mål at forholdet mellom hjelper og pasient skal være mer jevnbyrdige. Det skal sies at det er vanskelig å oppnå et helt likeverdig forhold, det vil alltid være en ujevn maktbalanse mellom pleier og pasient. Men målet å jevne dette ut må ikke forpurre. I forhold til min arbeidsplass hvor veldig få av pasientene er der frivillig gir det seg selv at maktbalansen er ujevn. Allikevel har også disse pasientene krav på respekt og de har krav på å bli hørt. Å likestille forholdet mellom pasient og pleier kan være en måte å kamuflere den makt vi har.

Hjelp forutsetter i seg selv autoritet. Det kan være direkte farlig for de avmektige om den profesjonelle later som om dette ulike maktperspektivet ikke finnes, ved at det lages formelle relasjoner der alle tilsynelatende stiller på like fot, når de faktisk ikke gjør det. Maktutøvelsen går da over fra å være åpen og synlig til å bli tildekket og utydelig. (O. P. Askheim, fra normalisering til empowerment, s 181, 2007.)

Dette er empowerment-tankegangen sitt paradoks, det vil alltid være en forskjell på pasient og pleier, men hvordan skal vi klare å løfte pasienten frem slik at pasienten får innsikt og kraft i forhold til å stå frem i behandlingsapparatet, uten at vi skjuler den makten vi har? Å være seg bevisst denne problemstillingen vil være viktig, å ha et bevisst forhold til problemstillingen kan være forebyggende i seg selv.

En av mine nøkkelinformanter sa det veldig fint "Det vil alltid være en forskjell på meg og pasienten, det er jeg som er der for å hjelpe, og jeg kan mye i forhold til å hjelpe. Jeg synes ikke man kan undergrave det, men med mine kunnskaper må jeg høre på det pasienten sier og ta det med meg når jeg skal hjelpe".

Hun viser en varhet og respekt for pasientene hun arbeider med, og samtidig er hun bevisst sin egen rolle som sykepleier, og viser også respekt i forhold til hvordan hun skal bruke sine kunnskaper i samsvar med pasienten. Ibrev til en minister sier Ann-Christin:

“Helsepersonell skal møte pasienten med respekt og ta den sykes ståsted. Stikkordet er kommunikasjon. Jeg er mer enn sykdommen min. Snakk til meg spør meg om hva jeg trenger”.

Gøran Nilsson sier ”Jeg ville si: vær så snill, bry dere om meg! Forholdet til behandleren er helt grunnleggende.”

Ingunn Øye sier “Sykdommen er bare en brøkdel av livene våre. Vi har familie, jobb og privatliv. Vær mer oppmerksomme på våre ressurser . (T. Ø. Vaaland, Brev til en minister,130, 2007.)

Dette er sterke utsagn de sier noe om hvor viktig relasjoner er i en behandlings- og bedringsprosess. Alle tre utsagnene legger også vekt på ressurser iden form at de peker på hva som er viktig i forhold til å få et bedre liv. Alle tre forholdene sier noe om likeverdighet. Alle tre utsagnene gir oss nøkkelen i forhold til å forstå og til å kunne gå inn i et forhold hvor vi kan hjelpe. Det vil si at vi må være villig til å gå inn i en rolle hvor vi ikke distanserer oss fra pasienten. Hvor vi ikke har et forhold som tilsier at vi ikke selv stiller oss på utsiden og at vi ikke stiller pasienten på utsiden, med andre ord et objekt – objekt forhold. Et forhold hvor vi som personal stiller oss som de sentrale og som sitter med fagkunnskapen til å hjelpe er også lite heldig. Dette vil være et subjekt – objekt forhold. Det vi ønsker oss er et forhold hvor helsearbeideren stiller seg likeverdig som pasienten, det vil si at en tar pasienten på alvor og tar hensyn til pasientens egne meninger om hva som kan hjelpe. Som nevnt tidligere betyr det ikke at en skal undergrave egen kunnskap og erfaring man har som hjelper, men bruke det på en reflektert måte. Dette er forhold som er bygget på et subjekt – subjekt. Dette innebærer at helsearbeideren må være villig til å innta en rolle hvor man ikke framstår som ekspert. Det innebærer også at maktforholdet i relasjonen blir dreiet. Det betyr ikke atbrukeren skal få mer makt enn personalet men det betyr at rollene dreier over mot likeverdighet. Pasienten er i behov av den kunnskapen og erfaringen vi innehar som høyt utdannet personal, men måten vi forvalter vår kunnskap er svært viktig i forhold til pasienten. Kunnskap om faget kan hjelpe oss til å se andre løsningsforslag og i kommunikasjon med pasienten kan vi komme til tiltak og mål sammen.

Å være i et subjekt – subjekt forhold handler om relasjon som er bygget på likeverdighet og respekt. Og dette vil bety at vår kunnskap som personal er viktig, men det som er vel så viktig er at kunnskapen pasienten har i forhold til sitt eget liv, og de ressurser pasienten har er det vi må ta med oss i behandlingen.

Helsepersonell skal møte pasienten med respekt og ta den sykes symptomer og beskrivelser av sine lidelser på alvor.”Helsepersonell er spesialister på sine fag – pasienter er spesialister på sine liv.”(NOU 1997: 2, Pasienten først.)

Pasienten først peker her på helhet, det sier oss noe om at brukerrollen ikke kan forstås eller utvikles uavhengig av den sammenhengen mennesket utvikler seg i. Pasienten er et helt menneske og må ses på som det.

Et subjekt –subjekt forhold høres fint ut,men vi skal ikke underslå at fagkunnskapen vi sitter med lett vil føre oss inn en situasjon hvor det er vi som kan og vet. Og vi skal være oss meget bevisst vår kommunikasjon i forhold til å forføre pasienten inn på et spor som er vårt og ikke hans. Vi vil lett komme i en situasjon hvor vi går inn i en situasjon hvor vi utøver makt, selv om vi ikke helt oppfatter det slik selv. Dette er et skjult maktperspektiv som det er lett å gå ubevisst inn i.

Brukermedvirkning på individnivåtilsier at brukeren og fagpersonen representerer hver sin livsverden. Dette tilsier at bruker og fagperson må være i dialog, hvor man deler opplevelser og oppfatninger om brukerens situasjon. Det kan være en fallgrube når bruker og fagperson oppfatter situasjonen forskjellig og det kan føre til konflikt. I slike situasjoner er det ikke uvanlig at fagpersonen tar over styringen. En empowerment-tilnærming krever en bevisst holdning til egen profesjonsrolle og til hvordan man skal forholde seg til de brukerne man skal betjene.

Den profesjonelle må endre rollen sin fra å være en ekspert til å bli en person som arbeider sammen med pasienten, noe som er en forutsetning for at pasienten selv kan skaffe seg nødvendig innsikt, kunnskaper og ferdigheter.
(H. Sigstad, Tidsskrift for den norske legeforening, nr 1/8 januar 2004.)

4.5. Kultur – struktur og rammevilkår.

Vi jobber i et byråkratisk system, noe som tilsier at man befinner seg i spenningsforholdet mellom brukerlojalitet og lojalitet til tjenesteapparatet og myndighetene. Spennet mellom disse nivåene er ofte vanskelige å forholde seg til. Det er vanskelig fordi økonomi kommer inn som en faktor. Det er ulike argumenter for brukervedvirkning, det er argumenter som går på at brukervedvirkning tar tid, og tid koster penger. Argumentet er at vi rett og slett ikke har råd til brukervedvirkning. Økonomi og tid er rammevilkår vi ofte føler oss maktesløse overfor. For fem av mine nøkkelinformanter kom tid og penger opp som en problemstilling som talte i mot brukervedvirkning. Mine informanter var også opptatt av pasientflyt, og mente at det var viktig at pasientene kom raskt inn, men det var også svært viktig at de kom raskt ut. Tre av informantene mente de kom raskt ut hvis pleiepersonalet og legene styrte behandlingsopplegget helt og holdent. De mente dette ville være bra i forhold til at pasienten ble raskere så frisk at han kunne skrives ut, en så at det kompliserte oppholdet når pasienten skulle bestemme selv fordi pasienten hadde urealistiske ønsker, som oftest gikk det galt når pasienten skulle styre, og dette satte pasienten tilbake. Slike feilsteg forlenget sykehusoppholdet. En tverrstrukturell undersøkelse i forhold til schizofrenidiagnosen utført i regi av Verdens Helseorganisasjon (WHO 1979) viste :

Industriland, med penger til bedre fagbaserte beslutninger, som et sentralisert sykehusvesen og medikamentelle og psykoterapeutiske nyvinninger, oppnår ikke langt bedre resultater enn utviklingsland uten slike ressurser. (Nyttingnes, m.fl. Klienten den glemte terapeut, s 67, 2007.)

Dette kan tyde på at det ikke bare er en distansert holdning og tolking fra fagfolk med høye utdannelser som er den eneste faktoren som vil gi et godt resultat. En inkluderende kultur og et inkluderende samfunn kan være faktorer som er like viktige. Fylker som Asker og Bærum har omtrent seks ganger så stor andel av befolkningen innlagt på tvang med døgnopphold som Ringerike, Blefjell og Vestfold. (O. Nyttingnes, A. K. Ulvestad, Klienten, den glemte terapeut, s 68-69, 2007). Hvis det var slik at utenfor blikket i fra de ansatte og deres kontroll var det avgjørende for sykdomsforløpet ville en tro at Asker og Bærum skulle ha en god pasientflyt og færre langtidspasienter. Tvangsstatistikken viser at i fire helseregioner hadde foretaket med de høyeste tvangsratene også regionens høyeste rater av lange tvangsinnleggelser på mer enn et år. (Nyttingnes, m.fl. Klienten, den glemte terapeut, s69,

2007.) Det ser ikke ut til at overstyring, tvangsinnleggelser og kontroll giren raskere innsikt og bedring enn en for eksempel en frivillig innleggelse.

Om rammer sier Aadland: "Rammene ligg nedfelte som ulike scenar som leiinga skal spelast ut på." (Aadland, Den truverdige leiaren, s 44, 2004.) I forhold til brukermedvirkning er det mange kontekster man må forholde seg til. Det er umulig å tenke brukermedvirkning uten å tenke system- og individnivå. Å tenke empowerment betyr at man må tenke helhet for brukeren. Og lederen inne på sykehuset må jobbe for å få et godt samarbeid i forhold til systemene utenfor sykehuset. Det blir viktig å lage rammer i forhold til god samarbeidsstruktur.

Å forstå mennesket som en helhet betyr ikke bare å forstå det enkelte mennesket som helt, men også se sammenhengen mellom det enkelte menneske og sosiale og samfunnsmessige faktorer. (Kaasa, H. Lorentzen, Søknad til Diakonhjemmets fond for vitenskaplig forskning, s 1.)

Skal vi forstå noe av andres liv må vi akseptere deres oppfatninger om hva som er viktig ilivet. Dette kan være vanskelig, fordi menneskenes egne forestillinger og kunnskaper er med på skape de verden de lever i. Deres kunnskaper og forståelse bestemmer hva de vil oppfatte og være klar over i sine omgivelser, og dermed hva som er der for dem. Det de ikke vet om kan de ikke reagere på, og hva de har av kunnskaper vil være bestemmende for hva de omgivelsene de oppfatter vil bety for dem. Ut i fra dette vil vi se verden ut i fra ulike perspektiver. For eksempel vil man tolke sine omgivelser i forhold til hvilket samfunnslag man tilhører. En fra arbeiderklassen vil antageligvis se verden på en annen måte enn en med høy utdanning og mye status.

Kjønnsperspektiv vil også ha noe å si i forhold til en forståelsesramme. En mannlig hjelper vil nærme seg en mannlig pasient annerledes enn en kvinnelig pasient. Alder kan også ha noe å si i forhold til den relasjonen som dannes. Disse perspektivene er viktig å ta med seg i møtet med pasienten. Når vi sier vi forstår er det viktig at tenker oss om, vi kan forstå hva pasienten formidler uten å ha tilstrekkelig grunnlag for å forstå hans situasjon. Allikevel må vi ikke gjøre problemene uovervinnelige fordi om vi er forskjellige. I slike tilfeller er det viktig at vi bygger dialogen på en annen forståelsesramme. Å værevære en god lytter er godt utgangspunkt for å fange opp det ukjente og fremmede. Med en slik innstilling får man kunnskap om pasientens kultur og historie. Setter vi oss selv innenfor en slik ramme vil vi være eleven i forhold til å lære om pasientens liv. Brukemedvirkning handler i stor grad om

holdninger. Men holdninger er ikke til mye hjelp hvis de ikke gjenspeiles i handlingene for å få en reell betydning. Dette vil nok innebære at innarbeidede vaner og mønstre må endres. Dette vil medføre en endret praksis. Dette vil bety at organisasjonen bør gå inn og se med kritisk blick i forhold til hvordan man skal tilrettelegge for brukervedvirkning. Det vil også være viktig å gå inn og se nøye på hvorfor organisasjonen ønsker å jobbe etter en empowerment-tankegang. Er det fordi man mener brukerne har viktig informasjon, kunnskap og erfaring vi kan lære å dra nytte av, eller er det fordi vi er blitt pålagt det. Å være psykisk pasient er ikke lett, og det kan være mange grunner til at pasienten ikke klarer å engasjere seg eller som tidligere nevnt at pasienten har urealistiske forventninger. Det er imidlertid vår jobb og vår utfordring i forhold til å tilrettelegge for brukervedvirkning på tross av ulike hindre. Forholdene må tilpasses og tilrettelegges i forhold til samhandling og samarbeid slik at alle gis mulighet til medvirkning. Med gode rammebetingelser mener man at man må ha egnede lokaler i forhold til drift. Har man et brukerråd er det viktig at de har kontor med tilhørende fasiliteter som PC, telefon og så videre. Det forutsetter også økonomiske betingelser som å finansiere et opplæringsystem med kursforelesere osv. det krever også at man har gode møterom i forhold til samarbeid og samhandling.

Å etablere brukervedvirkning som en verdi er en prosess, hvor det må etableres gode rutiner og gode samarbeidsstrukturer. Det er viktig at brukere har plass i forskjellige råd og utvalg. Å være en brukerrepresentant er ikke lett, de møter en sterk faggruppe og skal de fungere maksimalt er det en forutsetning at de får innkalling i god tid med sakspapirer. Det er viktig å ha tid til å sette seg inn i sakene som skal tas opp. Tid er alltid et problem, i møte med brukerne er det en forutsetning at man har satt av god tid. Tidsfellen kan fort føre til at man haster gjennom møtet og brukeren blir overkjørt. Som fagfolk er helsepersonell en sterk gruppe og vi har også lært oss språket som snakkes gjennom lange utdannelser. Derfor må vi være ekstra påpasselige i forhold til vår kommunikasjon. Å bruke et språk alle forstår er viktig i en slik sammenheng. Det betyr blant annet at man må tilstrebe seg å ha lik forståelse i forhold til forskjellige begreper som blir brukt. Er det begreper som er uklare må disse forklares. Å ha god tid betyr også at man blir kjent med hverandre, dette skaper igjen trygghet og tillit.

En organisasjonskultur bygges på de verdier organisasjonen står for. Det er viktig at organisasjonen jobber i forhold til å oppnå en kultur som er troverdig. Troverdighet vises i handling i forhold til hvordan pasientene blir møtt. Det vises i relasjonene og i kommunikasjonsmønstre.

Dersom du ventar til eg er ferdig å snakke før du svarar, når du kjem presis til avtalt tid, når du ser på meg medan du taler, når du orsakar meg dersom eg gjer en feil, når du til og med endrar synspunkt når eg har dei beste argumenta – då ville eg kjenne meg respektert.”(Aadland, den truverdigeleiaren, s106, 2004.)

Det kan være en fare ved at det du viser ikke er ekte. Det kan være skjulte motiver i forhold til en oppførsel. Hvordan mottageren tolker dette er man ikke garantert. I en troverdig kultur børverdiene til organisasjonen vises i det daglige, og ikke bare være en visjon i en årsrapport.

4.6. Verdibasert ledelse.

Verdibasert ledelse er basert på dygdsetikk. Hvor de to sentrale filosofene er Aristoteles og Platon. Ledelse handler mye om handling og Aristoteles og Platon mente at rett handling er den handling som utføres av den moralske personlighet. Dygdsetikken har fire kardinal dygder. Disse fire dygdene er visdom, mot måtehold og rettferdighet. Rett handling må derfor springe ut i fra disse fire dygdene. Aadland sier dygd er : ”noe som ligger mellom en karakteregenskap og en holdning.”(Aadland, Norsk kommuneforbund verdi og etikk kurs. (2000-2001). S 8)

Dygdsetikken gir ikke et rett svar på hva som er riktig handling i en gitt situasjon. ”Den gode handling vil være det konkrete resultat av den vise, modige, måteholdende og rettferdige holdningsom tar hensyn til det spesielle i en hver situasjon.”(Aadland, NKF. Verdi og etikk kurs. 2000-2001, s 8) De fire kardinaldygdene ble i antikken utvidet til syv hvor de kristne dygdene tro, håp og kjærlighet ble lagt til.

Dygdsetikken er et vindu inn til innsikt i forhold til ledelse. ”Ansvar for rett holdning legges til den enkelte, og verdien av lederens egne personlige karakteregenskaper og klokskap står i sentrum.”(Aadland, NKF. Verdi og etikkurs 2000-2001, s 8.) Ledere er alene ansvarlig for sine valg. Dygdsetikken legger vekt på at vurderingsevne kan trenes på. Slik trening kan for eksempel skje ved dialog med andre ledere over egne valg og handlingsmønstre.

Du skal oppøve dine latente evner til å handle godt. Dette gjøres ved erfaring og livslang læring, og går ut på å utvikle dine holdninger og ”dygder”. Mål: Å skape en god personlighet å bli et godt menneske.(Aadland. NKF. Verdi og etikkurs. 2000-2001. s 8.)

Sinnelagsetikk og nærhetsetikk ligger tett opp til dygdsetikken. Sinnelagsetikken handler om å gjøre så godt man kan. Gjør man så godt man kan handler man rett. Den gode vilje betyr at man skal handle ut i fra verdier hvor å gjøre det beste for den andre står i sentrum. "Du skal handle ut i fra det gode motiv. God er kun den gode vilje"(Aadland, NKF. Verdi og etikk kurs 2000-2001. S 8.)

Nærhetsetikken er en forholdsvis ny retning. Hvor Levinas og Løgstrup er de to sentrale filosofene. Det er den nære relasjonen som er fokuset. Det grunnleggende ansvar vi har for den annens verdighet er det som vektlegges. Løgstrup har fremmet den ideen at vi bærer hverandres liv i våre hender. Dette betyr at vi møter den andre med tillit. Nærhetsetikken legger stor vekt på dialogen. "En leder som inneharmenneskelig og psykologisk innsikt vil kunne samtale med medarbeidere som løser opp knuter og visker ut tilsynelatende fastlåste problemer."(Aadland. NKF. Verdi og etikkurs. 2000-2001.s.9.) Dette er det som blir kalt relasjonell kunnskap. Det er viktig at man kan møte folk på alle kompetansenivåer. Dette krever at lederen har trygghet i seg selv og sin rolle. Evnen til å snakke med medarbeidere og brukere i et tillits- og ansvarsperspektiv blir betydningsfullt. Sinnelagsetikken fokuserer på prosess. I sykepleien blir denne retningen omtalt som omsorgsetikk.

Du skal vise empati og handle i tillit til og omsorg for dine medmennesker. Den "nære"andre utgjør et spesielt ansvar for deg som nærhetsetiker. Mål: Å handle i overensstemmelse med hva som er godt i den enkelte situasjon, overfor den unike andre.(Aadland. NKF. Verdi og etikk kurs, 2000-2001. S. 9.)

Verdigrunnlaget for en organisasjon skal være en rettesnor og en sentral oppgave for ledelsen og jobbe etter. Aadland sier at "verdibasert leiing tek utgangspunkt i verdier som motivasjonskraft og handlingsenergi."(E. Aadland, Den truverdige leiaren, s 141, 2004.) Opp gjennom tidene har synet på ledelse forandret seg. Max Weber sto for en byråkratisk modell, og denne modellen ble offentlige institusjoner bygget opp etter i etterkrigstiden. Denne modellen var normgivende som besto i at hver enkelt kjente sine oppgaver. Denne modellen var bygd opp i forhold til et hierarki slik at autoritet og ansvarslinjer som var nøye fordelt. Samfunnet utvikler seg hele tiden og det blir mer komplisert, de ansatte ønsker mer frihet og mer selvstendig handling og målstyring blir en retning å jobbe etter. Dette medfører at hver enkelt får større ansvar i forhold til det arbeidet som blir utført. Regler og plikter blir ikke så synligelenger. Maktbalansen blir dreid over til de ansatte og ledelsesstrukturen blir flatere. Regler og plikter blir ikke så dominerende. Målstyring var ikke så vellykket som ventet. Det viste seg at de ansatte ikke jobbet så målrettet og rasjonelt som teorien tilsa. Teorien i forhold til målstyring tok ikke høyde for at folk også legger mye følelser i sitt

arbeide. Og de viser seg at verdier og følelser motiverer medlemmene i organisasjonen i minst like stor grad som fornuften. (E. Aadland, Den truverdige leiaren, s142, 2004.) Målstyring er basert på konsekvensetikk. Verdier er av en annen kvalitet enn mål og normer. Max Weber står for begrepet verdirasjonalitet, dette begrepet står for handlinger som springer ut i fra at noe er verdifullt i seg selv. Verdistyring tar utgangspunkt i at verdirasjonaliteten er en mer kraftfull motivasjonskilde enn den kjølige målstyringen. Den etiske teorien som ligger nærmest verdibasert ledelse er dydsetikken. (E. Aadland, Den truverdige leiaren, s143, 2004.) Verdibasert ledelse er basert på to tradisjoner, det er den amerikanske versjonen som retter seg mot markedet. Det er interessene til shareholders og stakeholders.

Økonomiske verdier er målestokken til organisasjonen. Dette ligger opp til New publicmanagement hvor omsorg, utdanning og velferd blir konkurranseutsatte varer hvor mottagere av tjenestene blir til forbrukere. (E. Aadland, Den truverdige leiaren, s 145, 2004.) New publicmanagement bygger på målrasjonalitet og på konsekvensialistiske teorier hvor man legger vekt på målet og hvor det avgjør hvilket middel som velges i forhold til å nå dette målet. Den andre tradisjonen innenfor verdibasert ledelse er utviklet i Danmark på 90-tallet. Den danske modellen legger vekt på at verdibasert ledelse består av dialog og kommunikasjon rundt verdier. Det vesentlige er kommunikasjon rundt holdninger og verdier. (E. Aadland, Den truverdige leiaren, s 148, 2004.) I forhold til disse forutsetningene faller det riktig for meg å tenke verdibasert ledelse i forhold til brukermidvirkning. Det er en viktig oppgave for lederen å skape interesse for og motivasjon for verdiene, i dette tilfellet vil det være brukermidvirkning.

Å praktisere verdibasert ledelse betyr at man må jobbe med implementering av verdibasert praksis og at man jobber med selvrefleksjon.

Verdibasert leiing er å motivere og mobilisere organisatoriske handlingar og avgjerder på basis av ønskeverdiar, og å avdekkje og avgrense innslaget av handlingar og avgjerder som uttrykkjer føremedvitene eller ikkje ønske verdiar. (E. Aadland, Den truverdige leiaren, s 157, 2004.)

Hvis en tenker at brukermidvirkning er en verdi for organisasjonen, er lederens oppgave å fremme dette ved dialog rundt dette slik at brukermidvirkning blir en etisk forpliktelse for medarbeiderne og ledelsen. Brukermidvirkning vil da fremtre som organisasjonens visittkort. Brukermidvirkning har lett for å bli et honnørord i de fine talene, for å unngå dette er det viktig at organisasjonen hele tiden har en kommunikativ prosess om hva brukermidvirkning er og hva den betyr for organisasjonen som helhet. Det er viktig at ledelsen tar initiativ i forhold til å se på mønstret av både åpne og skjulte verdier, og analysere hva dette betyr for

organisasjonen. Det er viktig at dette skjer parallelt med fokusering på hvordan verdien brukermedvirkning kan implementeres.

Verdibasert ledelse legger vekt på verdifortellinger. Disse fortellingene sier noe om hvordan organisasjonen blir oppfattet fra innsiden og utsiden. Slike fortellinger sier alltid noe om moralen som igjen forteller noe om verdiene. Verdifortellingen gir en mulighet til å analysere de faktiske verdiene i organisasjonen. Og dette vil fortelle noe om kulturen i organisasjonen. De som er inne i organisasjonen er de nærmeste til å fortelle noe om dette. Det vil være de ansatte og en meget viktig gruppe er brukerne. Å ha en felles kultur betyr at hvert medlem deltar og bidrar til de generelle kulturmønstrene, men hver enkelt bidrar ikke med det samme og opplever ikke det samme. (M. J. Hatch, Organisasjonsteori, s 230, 2004.) En kultur kjennetegnes med en rekke fellestrekk, som felles normer, verdier, kunnskap osv. Men skal en kultur være levende trenger den både felleskap og mangfold. Det er allikevel ikke lett når normer og verdier utfordres, å forandre kulturen er en utfordring og medlemmene blir seg svært bevisste hvilke verdier og holdninger de står for. Verdier og normer påvirker medlemmenes valg og handlinger. Når medlemmene kan se fordelene ved nye verdier vil de bli tatt inn og integrert. Som leder er det viktig å være seg svært bevisst at verdier kan skifte og utvikle seg, man må alltid være villig til å spørre seg om man handler i samsvar med disse verdiene. Med dette følger også at man må ta noen valg, ved å ta valg følger det konsekvenser og det er viktig å tenke gjennom om dette er konsekvenser en kan leve med.

Kulturer forandrer seg men bare når nye verdier bringes inn utenfra,
for eksempel ved toppledelsens diktat eller personlige eksempel.
(M. J. Hatch, Organisasjonsteori, 242.)

I forhold til implementering av brukermedvirkning og bemyndigelse krever det at ledelsen er inneforstått med og er deltagende i prosessen. En prosess i forhold til en slik implementering kan både være krevende og ta lang tid. Det er viktig at lederen har vilje til å delegerer myndighet ned i organisasjonen. Det vil være et poeng at beslutninger tas av brukeren og den fagperson som samarbeider med brukeren. Dette forutsetter at fagpersonen har myndighet og kompetanse til å samarbeide med brukeren. Ledelsen har et ansvar i forhold til å sørge for at fagpersonen har eller får myndighet, kompetanse og trygghet i forhold til å utføre disse oppgavene. Ledelsen må tørre å slippe taket litt og unngå detaljstyring og klare å godta at ting kan løses på ulike måter. Ved detaljstyring betyr det at lederen skal ha oversikt og innsikt i alle saker, dette fører til en enorm arbeidsmengde som lederen ikke vil rå over. Det er to måter å løse dette på, lederen kan gi myndighet til fagutøveren eller lederen kan innføre regelstyring. Regelstyring vil gi lederen innsikt og kontroll med enkeltsaker. Regelstyring kan

sikre likhet og rettferdighet. Om det sikrer effektivitet kommer an på hvilke premisser man evaluerer etter. Brukermedvirkning og bemyndigelse lar seg vanskelig kombinere med regelstyring.

En ledelse i samsvar med bemyndigelse forutsetter i tillegg til fleksibilitet og delegering også åpenhet og toleranse for kreativitet og ulikhet, samt støtte og rom for prøving og feiling uten påfølgende sanksjoner. (I. Stang, i H. A. Hauge, M. B. Mittelmark (red), Helsefremmende arbeid i en brytningstid, s 158.)

Ledelsen må også jobbe i forhold til å forbedre informasjonsflyten. Ledelsen vil bli mer støttespillere enn kontrollører, dette er viktig i forhold til at fagutøveren kan ivareta sin funksjon som støttespiller for brukeren. Skal brukermedvirkning og bemyndigelse bli reelt må det gjennomføres alle nivåer i organisasjonen.

4.7. Kvalitet.

Kvalitet og verdi har mye til felles. Kjøper vi noe av god kvalitet, er det av verdi for deg. Vi lever i en tid hvor markedsfaktoren er rådende, og kvalitetsbegrepet har også grepet om seg i helsevesenet. God kvalitet på pleie og behandling gir et godt rykte. Kvalitet kommer fra latin og betyr av hva. I antikken ble ordet brukt i form av beskaffenhet. (K. Jess. Kvalitet förbrukare, Sköndalsinstitutet, nr 8, 1998, s 9) Kvalitet er noe vi vil ha og den skal være god. Lever ikke produktet opp til kvalitetskravet vil det få et dårlig rykte. Kvalitet er med andre ord det vi ønsker oss. Og ut i fra dette kan vi trekke linjen til verdi. Verdier er også noe vi setter med positivt fortegn. At en vare eller tjeneste er av god kvalitet behøver allikevel ikke bety at det er det beste. At en vare eller tjeneste får et slikt stempel kan være et utslag av god markedsføring, og kvalitetsstemplet er blitt et konkurransemiddel. Kvalitet er noe som oppstår i samhandling med publikum. Får man en dårlig vare får produsenten tilbakemelding. Føler pasienter eller deres pårørende at behandling eller pleie ikke holder mål får personalet tilbakemelding i form av en klage.

Det spesiella i tjänesteproduktionen är att användaren aktivt medverkar i oppkomsten av tjänsten. Och kvalitet uppstår i mötet mellan leverantör och mottagare av en tjänst; i form av behovstillfredsställelse. (K. Jess, Kvalitet förbrukare, Sköndal institutet, nr 8, 1998, s 9.)

Likheten mellom en kvalitet og verdi er vanskelig, det er mulig å tenke at kvalitet er mer målbart, samtidig kan også verdier måles i form av hvor mye ting er verdt i penger. Det er vanskeligere å måle verdiene til våre medmennesker. Slik er det også i forhold til kvalitet,

kvaliteten på en bil kan måles, man kan gjøre kvantitative studier i forhold til hvorvidt man liker det ene sykehuset fram for det andre og lage et kvalitetsstempel ut i fra målingene som blir gjort. Men også når det gjelder kvalitet kan man like ting uten at det er lett og definere hva som er kvalitetsindikatoren. Kritikere mener det ikke går an å måle ting som lykke, glede, kjærighet og livskvalitet på en meningsfull måte. Andre peker på hvordan livskvalitet knyttes opp til liberalistisk markedstenkning i velferdspolitikken, der livskvalitet settes lik tjenestekvalitet. Hvor tankegangen er at som konsumenter på et tjenestemarked skal tilbyderne gi tjenester som gir brukerne så god livskvalitet som mulig. (O. P. Askheim, *Franormalisering til empowerment*, s 73, 2007.)

Aadland sier “Verdiar er ønskverdige kvaliteter ved handlinger eller føremål”. (E. Aadland, *Den truverdige leiaren*, 151, 2004.) Ut i fra denne beskrivelsen av en verdi ser vi at kvalitet og verdier er nært knyttet til hverandre. Vi ser stadig publisert undersøkelser om hvor lykkelige vi er her i Norge i forhold til andre land, så interessen for slike målinger er høy, og interessen for hva som gjør oss lykkeligere er heller ikke avtagende. Men om man kan finne objektive parametere i forhold til slike målinger er en diskusjon som pågår. En kvalitetsparameter innen for psykisk helse har vært hvor mange innleggelser og utskrivelser en har i løpet av et år. Dette er lett å måle, men sier ingen ting om hvordan behandling og pleie var. Det sier heller ingenting om pasientene var friskere ved utskrivelse, det sier ikke noe om reinnleggelser. Hvis kvalitet tolkes ut i fra en høy sirkulasjon kan man si seg fornøyd. Brukerundersøkelser har også vært et verktøy i forhold til å måle kvalitet i helsesektoren. Brukerundersøkelser har også sine feilkilder. Svarer brukerne ærlig, det vil være forskjell på eldre og yngre mennesker i forhold til hvor kritisk man vil være. Og det som er god kvalitet for en bruker vil nødvendigvis ikke være det for en annen bruker. En illustrasjon på dette kan være et foredrag jeg var på, det var ca tohundre og femti deltagere. Foreleseren åpnet med å si i dag vil jeg holde tohundre og femtiforedrag, jeg vil si det samme i alle sammen. Men hver av dere vil ha forskjellige opplevelser og forskjellige oppfatninger av hva jeg har sagt. Brukerundersøkelser vil også være svært subjektive, allikevel vil det være noen fellesnevnerne som kan si oss noe om kvaliteten.

Som vi ser er kvalitet og verdi ikke så lett å skille fra hverandre og det er også de som mener at verdibegrepet tar mer over for kvalitetsbegrepet. Da kvalitetsbegrepet ses på som ufokusert og generelt. Mens verdibegrepet fokuserer på forskjeller, egenart og selvforpliktelse. (E. Aadland, m. fler, *Verdibasert ledelse i praksis*, En studie av 8 medlemsvirksomheter i HSH, s 61.) God kvalitet sier at vi er gode, men ikke hva vi er gode til. Verdiene derimot sier noe om

hva vi ønsker å være gode i. Brukermedvirkning som verdi forteller oss at det er dette vi vil satse på, vi skal bli gode på brukermedvirkning. I møtet med bruker eller brukergupper vil det alltid være viktig å utvikle og bruke egen dømmekraft.

Brukermedvirkning er knyttet opp til brukernes egen kunnskap, kunnskap de svært ofte har fått gjennom egen erfaring. I kvalitetsarbeid er det viktig at denne kunnskapen trekkes inn. Å ha med bruker i kvalitetsutvalg ville være en måte å sikre dette. I det tradisjonelle kvalitetsarbeidet er stort fokus på avviksrapportering i forhold til prosedyrer og indikatorer. I arbeid med prosessforbedringer er det også blitt lagt stor vekt på kvalitetsverktøy. Vi må derfor avklare hva som skal inngå i begrepene kvalitetssikring og kvalitetsutvikling, og hva som er begrunnelsen for kvalitetsindikatorene. Det er slående å se at brukermedvirkning ikke er en del av tenkningsgrunnlaget i forhold til kvalitetsarbeid. Hvis de blir nevnt er det i forhold til brukerundersøkelser. En vei å gå kan være systematiserte innsamlinger av data på klart definerte indikatorer. Innen psykisk helse kan et av problemene være at det ikke er lett å identifisere hva problemet er, og de kan være vanskelig å måle. Det er ikke alltid like lett å vite hvordan pasienten best kan hjelpes til å mestre egen livssituasjon. For å oppnå kvalitet kan dialogbaserte metoder hvor brukeren er med som en likeverdig aktør være veien å gå. (A. Almvik, L. Borge, Psykisk helsearbeid i nye sko, s 227, 2006.)

Det er ulike måter å forstå psykiske lidelser på, det kan forstås som sykdom og som uttrykk for vanskelige livssituasjoner. Hvis vi forstår psykisk lidelse som sykdom vil det å få en tidlig diagnose være en indikator for kvalitet. Forstår vi psykisk lidelse som uttrykk for vanskelige livssituasjoner vil en nær dialog om det som er vanskelig være en kvalitetsindikator. Nå er vi i en slik situasjon at psykisk lidelse vil være begge deler. Psykisk sykdom fører til vanskelige livssituasjoner og vis å versa. Jeg mener man må ha kvalitetsindikatorer som retter seg inn både i forhold til det medisinske felt og indikatorer som retter seg inn mot det mer samfunnsvitenskaplige felt. God kvalitet for pasienten vil være at behandlingsapparatet tenker helhet.

Brukermedvirkninger blitt fremstilt som et viktig virkemiddel i forhold til å utvikle kvalitet på offentlig tjenester. New publicmanagement har lansert den ideen at problemer i den offentlige sektor lar seg løse ved hjelp av effektivisering, omorganisering og bedre ledelse. Det blir satt lys på at det er dette som er nødvendig, å bevilge mer penger eller gi politiske direktiver er ikke lenger veien å gå. Effektivisering er en parallell til kvalitet. Og det er blitt et spørsmål om å få mest mulig kvalitet ut av de ressursene vi har. Det er viktig å ta med at kvalitetsreformer

ikke bare er en måte å få kontroll over tilgjengelige ressurser. Det legges vekt på at brukeren skal få et best mulig tilbud.

Som vi ser av utsagnet til (Jess. 1998.) passer brukermedvirkning og kvalitetssikring hverandre. Brukeren eller kunden er med på å utvikle kvaliteten på produktet. Vi kan overføre dette til at pasientene er med på utvikle sitt eget tjenestetilbud ved å bidra med informasjon som kan gjøre tilbudet bedre. I løpet av vår tid med New publicmanagement har språket forandret seg også i helsesektoren, vi snakker om produksjon, pasientflyt osv. Vi har tatt over flere og flere begreper som har sitt utgangspunkt i bedriftsspråket. Dette språket fanger ikke opp likhet, likeverd eller rettferdig fordeling og ansvar for de svake. (Vabø, NOVA, Konferanserapport, Arbeidsforskningsinstituttet. 1997. s 45). Det er viktig å tenke gjennom begrepene fordi de vekker ulike assosiasjoner, og leder oppmerksomheten i ulike retninger. "Endringer i retorikk betyr et ønske om å rette oppmerksomheten mot nye forhold og vekk fra gjengse forhold."

(Vabø. NOVA. Konferanserapport. Arbeidsforskningsinstituttet. 1997. S 47.) Helsesektoren har på mange måter fått leve sitt eget liv uten innblanding fra andremiljøer i generasjoner, dette gjør sitt til at nye begreper ikke uten videre blir tatt opp og omdannet til nye identiteter og praksisformer. Det skal allikevel ikke glemmes at det er viktig å sikre kvaliteten på tjenestene og det er viktig at alle aktører kommer til orde. Brukere har en kompetanse og en historie som vil være svært nyttig i forhold til sikring og utvikling av tjenestetilbudet. Pasienter vil ha synspunkter både på gjennomføring av behandling men også på de allmenne kvalitetssystemene. Det vil være en utfordring å omsette de data brukerne gir oss opp til et nivå som utvikler hele virksomhetens kvalitet. (Dyrhol. Kommunerevisoren. Nr 4. 2003. 58 årg.s10.)

4. 8. Oppsummering.

Skal man lykkes å jobbe iforhold til empowerment og brukermedvirkning, er det bare en vei å gå. Man må ta de utfordringene det innebærer på alvor. Dette krever at man må jobbe i mot nye modeller i forhold til samarbeid og samhandling. Å jobbe etter en empowerment-modell vil bety store forandringer. Det vil bety forandringer i form av holdningsendringer, rollemønstret må forandres og ikke minst praksis der brukerens rett til innflytelse og deltagelse på alle nivåer er en forutsetning. I et slikt perspektiv kan man ikke redusere pasientens mening til et symptom, eller dårlig dømmekraft. Jeg mener også det må være en lik forståelse av hva begrepet brukermedvirkning innebærer i hele organisasjonen, dette for å sikre at brukermedvirkning praktiseres etter like forutsetninger. Ulike praksiser kan lett oppstå hvis hver leder sitter med sin egen definisjon av hva dette innebærer. Det må med andre ord jobbes med opplæringsprogrammer både i forhold til personal og bruker.

5.0. Drøftinger.

Jeg har definert brukermedvirkning som en verdi. Mitt spørsmål er hvordan kan brukermedvirkning implementeres som en verdi. Jeg har åtte nøkkelinformanter og deres utsagn og meninger vil være sentrale ved siden av dokumentasjon i fra litteraturen.

5.1. Holdningsendringer.

For å lykkes i forhold til brukermedvirkning er holdningene man har til brukermedvirkning avgjørende. Er det vilje til å ta brukermedvirkning på alvor. Å ta brukermedvirkning på alvor betyr endringer i måten å tenke rundt pasienten, men det hjelper ikke bare å tenke det må også handles. Og som nevnt tidligere er nok holdningene ikke ensartet i forhold til tema. Ut i fra mine erfaringer er skepsisen eller begeistringen jevnt fordelt i de forskjellige faggruppene.

Skal brukermedvirkning bli en realitet er holdningene man har til brukernes evne til å mestre og kunne delta det avgjørende. Som fagperson må man være sine verdier og holdninger bevisst. Holdninger vises i handlinger som igjen gjenspeiler verdier og dette kan realiseres ved å ta brukernes synspunkt på alvor. Flere av mine nøkkelinformanter mente det var vanskelig å tenke brukermedvirkning når pasienten var psykotisk. En uttrykte det slik:

Jeg synes brukermedvirkning i utgangspunktet er en bra ting. Men det passer nok ikke for alle pasientgrupper. Hvis man er innlagt på en åpen avdeling er det nok lettere, men her er de fleste svært psykotiske. Og hvis jeg tenker sykepleieprosess ser jeg det som viktig at vi som personal tar over når pasienten ikke klarer å ta vare på seg selv. Det betyr at vi som personal må gå inn å bestemme for pasienten.

Tre informanter pekte på at det var vanskelig å komme med nye ideer i forhold til pasientbehandlingen. En av informantene pekte på at det var viktig å være ydmyk i en slik jobb, og de fleste hadde mye lengre erfaring, det gjorde at hun var redd for å peke på ting hun synes var lite brukervennlig. Hun uttrykte det slik :

Det er bare småting som ofte kan føre til konflikter med pasienten. Pasienten får mange regler de må følge. Disse reglene lager vi i behandlingsmøtene for så å presentere dem for pasienten. Jeg synes pasienten burde vært med i møtet så kunne vi bestemt sammen. Jeg prøvde å presentere ideen for resten av avdelingen, men fikk mye motbør så det ble ved det gamle. Nå har jeg mer erfaring og ser nok at det ville bli vanskelig.

Det kan se ut som vi kvier oss i forhold til å brukermedvirkning. I London ble det gjort en studie i forhold til voksne psykiatriske pasienter og brukere. Det ble foretatt til sammen 32 intervjuer ble foretatt fordelt på personal og brukere. De fant : "Nurses were more ambivalent, expressing some reservations about, and even resentment of, purposes and outcomes of policies to involve patients. "D. Ruther. m.fl. Patients or partners? Case studies of user involvement in the planning and delivery of adult mental health services in London)

Det kan se ut som skepsis rundt ibrukermedvirkning fra personalsiden ikke er spesielt unikt for oss her i Norge.

Det er vanskelig å uoversiktlig når pasienten er psykotisk. Det er skremmende for pasienten, men det er viktig å ikke glemme at dette også påvirker fagpersonene. Det kan være en grunn til at vi fastholder på gamle mønstre. Det er mange myter innenfor feltet psykisk helse. Egen erfaring tilsier at vi har mange forestillinger om hva som er bra for pasienten. Da jeg begynte som ung sykepleier ble vi lært opp til at vi ikke skulle snakke om religion, politikk og oss selv. Alle disse tingene kunne gjøre pasienten dårligere. Selv i dag opplever jeg holdninger som går i denne retning. (Sailas&Fenton, 2000) sier :

Det er ikke påvist noen troverdig fordel i behandlingssystemer som har store muligheter til å overstyre brukernes valg. For eksempel konkluderer en Cochrane-rapport med at det ikke er dokumentert positiv behandlingseffekt eller bevegelserbegrensninger. (Ulvestad, O. Nytingnes, Klienten den glemte terapeut, s 69, 2007.)

Det er gjort forskning og det er mye erfaring som tilsier at fagfolk ikke alltid vet best hva som er bra for brukeren. Jeg synes det er viktig å ikke glemme at mennesker som har behov for hjelp, også er mennesker som har ressurser. Det kan være vanskelig å se disse ressursene når pasientene er i sin dårligste fase. Min erfaring er allikevel at pasientene har en mening om hva som er bra for dem. En kollega fortalte meg en liten historie i forhold til en spesielt vanskelig pasient. Hele posten hadde slitt veldig med å sette opp rutiner og regler for pasienten. Pasienten boikottet hele tiden og det ble mye styr. Pasienten kom seg sakte men sikkert og kunne fortelle at det ikke var noe vits i å oppføre seg ordentlig. Det var ingen som hørte på

pasientens ønsker allikevel. Pasienten mente han hadde sin fulle rett til å oppføre seg trollete. Han var jo innlagt på "galehus". Neste opphold ble en annen historie fordi dette ble tatt på alvor, og pasienten kom seg raskere ut av den akutte fasen. Å ha respekt for pasienten og at hans meninger ble hørt var viktig for pasienten. Empowermentforutsetter en anerkjennelse og statusheving av kompetansen brukeren har. Det er viktig å ta vare på felles erfaring og kunnskap man opparbeider seg sammen med pasienten.

Ut i fra egen erfaring og fortellingene til mine nøkkelinformanter er det ingen som er helt i mot brukermedvirkning, men det oppleves som vanskelig å komme gjennom. Og brukermedvirkning blir litt tilfeldig. To av mine nøkkelinformanter mente at god kjemi fremmet brukermedvirkning, men god kjemi er tilfeldig. Og det burde ikke være tilfeldigheter som styrer et behandlingsopplegg.

Dersom en faktisk ønsker at enkeltmenneskerskal bli i stand til å oppleve kontroll og mestre sitt eget liv, må en som fagutøver og hjelper endre praksis slik at holdninger og adferd stemmer overens med bemyndigelse. (I. Stang. Helsefremmende arbeid i en brytningstid. S 154.)

Skal brukermedvirkning bli reelt må det skje holdningsendringer både på system nivå og individnivå. Å forandre holdninger er ikke gjort på en dag. Man sier at holdningsendringer kan gå over generasjoner. Derfor blir det viktig å jobbe på mange nivåer for å få til en holdningsendring. Men hva består en holdningsendring av? Som tidligere nevnt vil det bety å forandre mønstre. For å gjøre dette mer håndterlig har jeg stilt meg spørsmålet hva vil føre til bedre kvalitet for pasienten?

5.2. Hvordan kan kvalitet føre til økt brukermedvirkning?

Tidligere i oppgaven har jeg vært inne på hvor tett verdi og kvalitet står hverandre. Det kan nesten være litt vanskelig å skille. For meg blir allikevel kvalitet et litt mer håndterbart begrep. Kvalitet står for noe som er bra. En kvalitativ vurdering kan måles på en annen måte det kan settes opp i forhold til kriterier, og man kan lage måleinstrumenter i form av for eksempel skalaer. Brukerundersøkelser kan være et instrument i forhold til å finne ut hva brukeren synes er en god behandling. Hva er god kvalitet for brukeren. Jeg har ikke intervjuet noen brukere men tre informanter pekte på at en behandlingskjede som var sammenhengende. En av nøkkelinformantene svarte slik "Det må ikke bli en kamp hver gang vi skal skrive ut en pasient." Slike kamper burde være unødvendige, og man kan ikke alltid skylde på knappe ressurser. New publicmanagement reformen kan man si mye om og det er ikke alltid lett for oss å tenke i bedriftsøkonomisk retning, hvor marked og profitt er det som teller. Allikevel må vi ta inn over oss at de ressurser man har til rådighet må effektueres på en annen måte enn det vi gjør i dag.

Vi må jobbe smartere hørte jeg på et kurs, noen fnøs litt av dette. Og mente at vi var overarbeidet nok som det var. Hvor mye skulle man tynes. Men, hvis vi ser litt på dette hva betyr det, kan det bety at kvaliteten for brukeren vil oppleves bedre. Kanskje er det bare små ting som skal til. En sykepleier fortalte eg om sin tid i hjemmesykepleien. Det hadde vært en hektisk tid med mange pasienter å besøke hver dag. Hun synes som de fleste at hun aldri fikk god nok tid hos hver pasient. Hun hadde bestemt seg for at pasientene ikke skulle få kjenne på sitt eget press. Hun sa "Jeg lot som jeg hadde god tid", dette ble jeg nysgjerrig på; hvordan kan man late som man har god tid. Svaret var at jeg tokalltid av meg på bena da jeg kom, da ser det ikke ut som jeg skal løpe med en gang. På tilsyn satte jeg meg alltid ned, til tross for at det kanskje var et eller to spørsmål som var viktig for meg å få svar på. "Hun som lærte meg opp sto bare i døren eller gangen, jeg så at pasientene var ubekvemme med situasjonen". Sykepleieren hadde tatt tiden og fant ut at hun brukte ikke noe lenger tid enn da hun ble opplært hvor alt føltes litt heseblesende. Hun fikk også positive tilbakemeldinger i fra pasientene. Kvalitet betyr kanskje noe så lite og noe så stort som å vise respekt.

Å vise respekt for brukeren høres ut som en selvfølge og det burde det være, allikevel opplever brukere daglig at deres verdighet blir krenket. Kvalitetsarbeid vil være et arbeid som er tuftet på verdier hvis vi skal få til en reell brukermedvirkning.

Ibunn og grunn dreier det seg om synet på mennesker med psykiske lidelser: Det dreier seg om å ta konsekvensen av at alle mennesker har en iboende verdighet grunnleggende rett til å streve etter et godt liv, og å handle med det som utgangspunkt. (Brukermedvirkning i psykisk helse, Rådet for psykisk helse, 2004.)

Med kvalitetsforbedring på dagsordenen vil vi kunne avsløre og problematisere forhold vi og brukeren ikke er fornøyd med. En slik type avsløringer kan gjøres via brukerundersøkelser. Jeg mener det er viktig at også psykisk syke får være med i slike typer brukerundersøkelser. Jeg har erfaring fra at denne gruppen blir utelatt fordi spørsmålene var laget for somatiske pasienter. Jeg var alene om å hevde at de fleste av spørsmålene kunne også min gruppe svare på, fordi spørsmålene var av den art at de favnet mange grupper. På et senere tids punkt kom det en brukerundersøkelse i statlig regi, mange av de samme spørsmålene ble stilt. Det var skepsis i forhold til om pasientene kunne klare dette og det var forventet lav svarprosent i fra min post. Det viste seg at pasienten satte pris på denne undersøkelsen og av 12 pasienter var det en som ikke svarte. Dette er nok en liten ting som viser at pasientene ønsker å bli tatt på alvor og bli regnet med i samfunnet. Kvalitetsarbeid kan fort bli et spørsmål om hva som er riktig å gjøre og hva som er galt. Og spørsmålet er hva som er forsvarlig nøyaktighet og hva som er pedantisk rigiditet.

Riktig metode er viktig, men resultater er viktigere. Glem gravalvoret og la arbeidet med kvalitetsforbedring være lystbetont. Det er smartere å gjøre ting riktig enn å påvise at det er gjort feil. Samarbeid er av større verdi enn konkurranse. (Lahnstein. Kvalitet i helsetjenesten. S 15. 1993.)

Dette frigjør oss ikke med å jobbe med prosedyrer og metoder. Fokuset skal ikke ligge på de feil som gjøres, men på forbedringer. Min nøkkelinformant foreslått å ta pasientene med i behandlingsmøte, og følte at dette var et veldig feil forslag å komme med. Slike reaksjoner fører til at en ikke lenger tør å komme med forslag som går utenfor postens vanlige rutiner. Dette er et forslag som hadde fortjent å bli tatt i mot på en god måte. Isteden ble det avist med argumenter i forhold til pasientens tilstand. Skal vi sørge for god kvalitet for brukeren handler det om å se mulighetene.

La oss tenke oss at vi ønsket å gjøre et implementeringsarbeid i forhold til å at pasienten er deltagende i behandlingsmøte. Hvordan skal man få tid til et slikt stykke arbeid ? Det kan løses ved å sette av en seminardag, eller man kan tenke seg at man setter av personalmøtene i

et gitt tidsperspektiv. Å lage en tidsplan er lurt. I første møte bør det lages et utkast til en visjon i forhold til hva man ønsker å oppnå. Det vil være viktig å få alle motforestillinger, men vel så viktig vil det være å få opp positive effekter man kan tenke seg med et slikt samarbeid. Å legge forholdene til rette rent fysisk er viktig, og strukturen på møtet må tenkes gjennom og planlegges. Hvordan er rollene, hvem leder møtet og hvor stor rolle skal den enkelte ha, hvem skal være i fokus, behandler bruker eller personal. Det er også viktig å tenke gjennom hvem som skal lede møtet. Hvordan skal man legge opp diskusjonene, det vil bli viktig å tenke gjennom hvordan man prater. De faglige diskusjonene må foregå i en språkdrakt alle forstår. Informasjon vil være viktig når prosessen pågår. "Likeverdig deltagelse kan bare finne sted dersom alle som skal delta, har tilgang på meningsfylt informasjon og viktige beslutninger fattes av dem de nærmest angår". (Veiledning, planlegging og evaluering. Departementet for utviklingshjelp. s 9 1988.) At pasientene vet hva vi planlegger vil en kvalitetsfaktor. De fleste psykiatriske poster har et morgenmøte og dette kan være tema på morgenmøtene. Innspill fra pasientene kan være viktige i forhold til å finne formen på møtet. De fleste pasienter er ikke vant til å være med i slike typer møter, de vet det skal være et møte som omhandler dem og venter på at resultatene blir presentert. Dette er også en grunn til god informasjon på forhånd. Det er ikke lett å plutselig måtte delta på et møte en er uforberedt på. Et slikt tiltak må evalueres jevnlig. Det er igjen viktig å trekke med pasienten i en slik evaluering. Pasienten vil føle seg møtt og at han blir tatt på alvor. Jeg tenker meg at hvis man er villig til å gå inn for en slik liten forandring, vil dette være til stor nytte for pasientene og det vil styrke og skolere dem i forhold til arbeidet med individuell plan og ansvarsgruppemøter de må være med på. På spørsmål til mine nøkkelinformanter om ansvarsgruppemøtene fremmer brukerdeltagelse svarte fem at de synes brukeren ikke kom til orde.

En sa at hun synes ansvarsgruppemøter var spennende for egen del. Hun lærte mye av det i forhold til hvordan kommunehelsetjenesten fungerte. Hun trodde ikke brukeren hadde så nytte av møtet, men det var en fordel at hun var til stede da hun kunne hjelpe brukeren etter møte med å forstå de avgjørelser som ble tatt. To mente at disse møtene stort sett var positive for brukeren, en presiserte at hun synes samarbeidspartnernestort sett viste respekt for brukeren. Å holde ansvarsgruppemøter er en del av det arbeidet som følger med individuell plan.

Individuell plan er en plan som lages for pasienter med sammensatte tjenester. Alle har rett på individuell plan og det fordres at pasienten er med på dette arbeidet. Individuell plan er en kvalitetssikring i forhold til at brukeren får den hjelp han er i behov av. Ut i fra egen erfaring

vet jeg at arbeidet med individuell plan har vært vanskelig å implementere, men dette har blitt bedre og flere får individuell plan ut i fra min erfaring. Seks av mine nøkkelinformanter mente at fler har individuell plan nå enn tidligere. De av pasientene som ikke har individuell plan ble det iverksatt for. At arbeidet med individuell plan er forbedret bekrefter (NIBR-rapport 2007:2 av S. Sverdrup mfl. S 169.) der det er gjort undersøkelser i kommunene i forhold til brukermedvirkning. Det ble gjort to intervjuer under fra august 2004 til februar 2005. og fra januar til august 2006. I fra første til andre intervjurunde var det skjedd endringer i forhold til arbeid med individuell plan. Alle intervjuobjektene synes det var et omfattende arbeid å jobbe med individuell plan som et verktøy. Dette stemmer overens med (NIBR-rapport 2007:2 s 169.) Den viser til at å lage individuelle planer for alle som trenger det er en ressurskrevende oppgave som man ikke på noen måte kan innfri. Det er vanskelig å innfri målene om individuell plan for alle. (NOU 2005: 3 Fra stykkevis til helt. S 16.) sier "Individuell plan er et godt verktøy for å fremme samhandling i helsetjenesten." Utvalget peker videre på at det har vært en manglende oppfyllelse av retten til individuell plan. Jeg har nå og da fått spørsmål i fra pasienter om ikke de skal få individuell plan, også to av mine nøkkelinformanter kunne fortelle at flere pasienter spurte etter individuell plan. (NIBR-rapport 2007. S169 og 170.) sier to av informantene:

Vi har fått en god del tilbakemeldinger om at folk vil ha IP, og på hva den skal inneholde. Så mitt inntrykk av hvordan rett og plikt til IP oppfattes i dag er at det er en økende bevissthet om at folk har rett til tjenester. Bevisstheten er i hvert fall større i de saker som gjelder barn/unge. Men jeg tror forestillingene er større om hva IP kan gi enn det som faktisk ligger i det. Det er likevel klart at brukerne er bedre orientert i dag. (Utsagnet er kuttet her.)

Flere brukere har IP nå enn tidligere. Årsaken til økt bruk er føringer fra sentralt hold, rapporteringsplikt og at det gir en bedre oversikt over koordinerte tjenester. Men IP har en bakside : Den skaper nemlig en forventning om "noe" både hos brukere og pårørende fordi de tror de får mer enn IP faktisk kan holde. IP gir en oversikt men det er ikke det samme som at den har helbredende virkning, som mange later til å tro.

Disse to utsagnet inneholder momenter jeg ikke berører i denne oppgaven. Det ble unaturlig å klippe det vekk. Det betyr allikevel ikke at dette er viktige momenter.

Rapporten viser at flere brukere er informert om retten til individuell plan. Den viser også at krav i fra sentralt hold hjelper i forhold til å ta i bruk individuell plan. Vi er ikke gode nok og det er ingen tvil om at vi kan bli bedre, men dette er et ledd i økt brukermedvirkning. I forhold til kvalitet har jeg tidligere pekt på viktigheten av god informasjonsflyt. Virkemidler i forhold til dette er informasjonstavler, hyller til brosjyrer, og ikke minst dialog som kan skje via

forskjellige typer møter eller ved samtaler en til en. Å være kreativ i forhold til hvordan informasjonen skal nå frem.

Det pekes på at individuell plan lover mer enn det holder, i forhold til det er informasjonsbiten og dialogen viktig. Brukerne skal ikke bli tatt fra håpet, men urealistiske forventninger er ikke noe som støtter opp om økt selvtillit.

5.3. Undervisning og opplæring.

Det er en utfordring å implementere brukermedvirkning som en verdi. Litteraturen peker på hvor viktig det er at undervisning og brukermedvirkning kommer inn i utdannelsessystemet. Av mine åtte nøkkelinformanter var det bare en som hadde hørt om brukermedvirkning på sykepleierskolen. To av informantene sa det sto på pensumlisten da de tok videreutdanning. Disse tre hadde nylig gjennomført grunnskole og videreutdannelse. Men de presiserte at de ikke hadde hatt mye om det, og det var ingen som hadde hatt dette som et eget tema i form av forelesing. En av informantene beskrev det slik : ”Det ble kanskje dyttet inn sånn litt her og litt der, kan ikke si jeg fikk så mye ut av det”.

I NOU 2005: 3 fra stykkevis til helt legges det vekt på utdanningsinstitusjonens ansvar i forhold til opplæring og realisering av helsepolitiske mål. Det blir lagt vekt på at det kreves mer forskning i forhold til samhandling og medvirkning innenfor blant annet psykisk helse. Det legges videre vekt på at det er lite kunnskap om hva som er nyttig samhandling og hvordan samhandlingen kan bli mer effektiv.

Utvalget foreslår at samhandling som tema skal være en del av grunnutdanningen og videre og etterutdanning for alle grupper helsepersonell. Etterutdanningene bør søkes innrettet som tverrfaglige tiltak og de bør ha oppmerksomhet på samhandling og kulturbyggende slik at de fungerer felleskapsbyggende.
(NOU 2005:3. Fra stykkevis til helt. S 19.)

Videreutdanning i psykisk helsevern er blitt et studie som er tverrfaglig. Dette var opprinnelig et studie som kun sykepleiere kom inn på. Ved at etterutdannelser er tverrfaglige er det en bedre plattform i forhold til tverrfaglig samarbeid i institusjonene. En ting er at vår rolle skal bli jevnbyrdig pasienten, men våre profesjonsroller overfor andre yrkesgrupper er også et hinder i helse- og sosialsektoren. Så empowerment-tankegangen gjelder også maktstrukturer i forhold til ulike yrkesgrupper. Jeg tror at nye generasjoner med fagpersoner vil ha en helt annen holdning til samarbeid og medvirkning enn det som er i dag. Jeg har også undersøkt litt

rundt fagplanene til forskjellige høyskoler i sosial- og helsefag og ser at flere har brukervedvirkning og empowerment på planen. Det er et skritt i riktig retning. På spørsmål om hva som ville fremme brukervedvirkning, svarte syv av informantene at opplæring i forhold til hva brukervedvirkning innebærer. Og de la vekt på at dette måtte allerede trekkes inn i grunnutdanningen. Tre av disse mente at det var viktig å lære noen metoder for hvordan man skulle praktisere brukervedvirkning. Men alt kan ikke gjøres via skolesystemet, det er mange ferdigutdannede som aldri har lært om dette på skolen, og de skal jobbe i mange år.

Derfor vil det være viktig at sykehusene, kommunene osv. lager sine egne opplæringsprogram i forhold til brukervedvirkning.

5.4. Forskyving av makt og rolleendring.

Det er trist å se at noen av de skarpeste protestene mot å jobbe med brukervedvirkning og empowerment kommer fra fagfolket. Å jobbe med empowerment betyr å gi fra seg makt. Det betyr også at egen faglig betydning blir redusert. Dette kan virke skremmende vi er så opplært i vår identitet som sykepleier, lege, lærer osv. og vår identitet tilsier at vi skal ha kontroll. Tre av mine intervjuobjekter fortalte at deres rolle som sykepleier betydde mye for dem. De identifiserte seg med denne rollen og synes det var vanskelig å tenke seg at pasienten og pleier skulle stå på likefot. Tone Alm Andreassen sier:

Gjennom å tilegne seg faglig kunnskap har fagfolk fått redskaper for å diagnostisere problemer og løse oppgaver. Men fagkunnskapen utstyres ikke bare fagfolk med redskaper, den gir dem også tenkemåter, måter å forstå verden på å begrepsapparat til å fortolke de problemsituasjonene de møter som yrkesutøvere.
(Andreassen, brukervedvirkning i helsetjenesten. S 215. 2005.)

Vi danner oss bilder av hva som kjennetegner våre pasienter, og vi bruker disse bildene til å kategorisere og klassifisere pasientene. For å komme ut av slike mønstre fordrer det at vi som fagfolk lærer noe nytt. Ny læring må kunne endre det vi allerede har lært via vår utdanning og erfaring vi har opparbeidet oss. Kunnskap er makt og så langt er det stort sett fagfolk som har definert hva som er gyldig kunnskap uten å gå veien om hva pasientenes synes. En vei å gå i forhold til å gå fra ekspert til en likeverdig partner er gjennom dialogen. Vi vil kunne få tilført ny kunnskap som vil være nyttig for flere enn bare den enkelte bruker.

NOU: 1998: 18. Det er bruk for alle sier at empowerment er en typisk bottom up strategi. Dette betyr at vi må kommunisere med våre brukere og ta de signaler de kommer med på alvor. Det

betyr ikke at brukerne skal legge problemene i fanget på oss så blir det vår oppgave å løse det . Det betyr heller ikke at brukeren må ta ansvar for å løse disse problemene selv. Det betyr at vi må løse disse problemene sammen, enten det gjelder på et systemisk nivå eller et individnivå. For å gå inn i en slik type samarbeid er det en forutsetning at vi går inn med en holdning som tilsier at vi er likeverdige.

Undersøkelsen blant voksne med psykiske lidelser i forhold til brukermedvirkningønsket brukerne mer kontakt med pleierne, det kom frem at ikke alle i personalet var like positivt innstilt til dette.

Heldigvis var meningene noe delte . To av personalet uttrykte det slik: (Jeg har valgt å kalle dem intervjuobjekt nr 1 og 2.)

1. "We underestimate how difficult it is to be in contact with this level of need constantly... Empowering users is a problem for nurses because they (nurses) have no respite."

2. "They used to have blinds on the staff office windows, and the door shut, and all the staff used to sit in there. Now... we made the office smaller so that there isn't room : we took down the blinds and left the door open, and now staff sit and talk to the patients on the wards, and take them out... It didn't really cost much."

(D. Rutter. et al. I Social Science & medicine 58 (2004) 1973-1984.)

Her er to eksempler hvor to helt forskjellige holdninger dominerer. Intervjuobjekt nr. en viser holdninger som opprettholder maktforholdet mellom personal og pasient. Hun gir uttrykk for at pasientene er meget slitsomme og er til bry. Intervjuobjekt nr to viser en positiv holdning i forhold til å jobbe sammen med pasientene. Hun har oppdaget at med relativt små forandringer rent bygningsmessig, har hennes forhold til brukerne forandret seg betraktelig. Men et likeverdig forhold synes jeg ikke hun beskriver, slik jeg ser det beskriver hun et forhold hvor hun fremstiller det å prate og ta med pasientene ut nesten er en bragd. Men, hun gir uttrykk for at samvær med pasienten gir henne noe. (Min tolking.) Dette vil være et ledd i en holdningsendring og på sikt muligens et skritt nærmere en likeverdiggallianse.

Jeg tror mange er redd for å miste sin identitet som fagperson i forhold til bemyndigelse og brukermedvirkning. At rollene blir mer likeverdig tror jeg kan være litt skremmende. Det kan være litt godt å være i en rolle hvor man er ekspert. Min påstand er at vi ikke mister faget av syne ved bemyndigelse og brukermedvirkning snarere tvert i mot det vil berike faget og vår yrkesstolthet.

Bemyndigelse innebærer ikke en ekskludering av fag og faginteresser, men at mennesketsom mottar hjelp og tjenester, settes i fokus, framfor faget og fagpersonene. Hensikten med bemyndigelse er å sikre den enkelte bruker eller mottaker av tjenester mulighetfor innflytelse i saker som angår vedkommende og dennes liv.(Hauge.M. BMittelmark. Helsefremmende arbeid i en brytningstid. S 142.)

I lys av denne definisjonen vil vår rolle som sykepleier,lege, sosionom osv. få en ny dimensjon. Vi har våre kunnskaper med oss og de skal brukes, men i relasjonen med brukeren skal ikke vi som fagperson og faget være i fokus. Endring av roller vil også være en utfordring for pasienten som er vant til å være i rollen som den mottagende part. Det er ikke alle pasienter som liker å være i sentrum og noen mener sågar at det er vår jobb å finne løsninger. Nå skal vi ikke unndra oss den biten. Men å finne løsningene blir å samarbeide og ikke å servere løsningene på et fat.

Fagkompetansen blir ikke mindre viktig, men utfordringen er å bruke den på en annen måte enn tidligere. Dermed får kompetanse relatert til bemyndigelse en tosidig og sammenkoblet formbestående av både brukerens og fagutøverens kompetanse. (Stang.Hauge. M. B. Mittelmark. (red.)Helsefremmende arbeid i en brytningstid. S 152.)

Det er en spennende vinkling å se på faget vårt som tosidig i den betydning at vi må koble det sammen med brukerens erfaring og kunnskap. I et slikt perspektiv ser vi at rollene endres, vi som helsepersonal må legge fra oss ekspertrollen og pasientene må legge fra seg rollen som mottaker. Og forholdetpleier pasient snur til mottaker –mottaker. Gjennom dialog og samarbeid må vi høste av hverandres kunnskaper.Stang sier ”Uten samarbeid og dialog blir fagutøverens forståelse for brukerenog dennes situasjon lett begrense seg til kvalifisert gjetting.(Stang. Helsefremmende arbeid i en brytningstid. S 152.)Fagutøver har ikke anledning til å vite noe om brukerens kompetanse om seg selv ved å ta utgangspunkt i generelle fagkunnskaper. Det vil si at bemyndigelse kun er mulig når den generelle faglige kompetansen utfylles med kompetansen brukeren har om seg selv.I minintervjurerunde med åtte nøkkelinformanter(alle intervjuene var foretatt separat) var det bare en av intervjuobjektene som nevnte brukernes kunnskaper om seg selv. Hun la vekt på at denne kunnskapen var viktig å ha med seg i behandlingen av pasienten. Hun byttet selv på å bruke ordet bruker og pasient. Om dette kan avspeile et maktforhold eller det er av gammel vane uttrykket pasient dukker opp er jeg usikker på da jeg ikke spurte om hvorfor hun byttet terminologi.

5.5. Hvordan kan ledelse innvirke på implementering av brukermedvirkning.

Å være leder på sykehus betyr at det er mange nivåer som skal ledes, jeg har valgt å fokusere på mellomlederen. Mellomlederen står i en posisjon hvor ansvaret er fordelt på fag, personal og administrasjon. Som mellomleder må man bevege seg mellom mange nivåer. Det kan være en vanskelig rolle å ha, men det er også en rolle med mange spennende utfordringer.

Empowerment, brukermedvirkning kan brukes i mange sammenheng og overfor mange grupper. Det er et viktig ledelsesprinsipp å se helheten. Og leder må bevege seg både på system- og individnivå. I forhold til å innføre brukermedvirkning som en verdi og styringstiltak i organisasjonen må lederen være villig til å gi fra seg makt. Delegering er et privilegie lederen har og skal man jobbe med brukermedvirkning må fagpersonalet få tildelt makt og myndighet, slik at bestemmelsene blir tatt nærmest mulig pasienten. Å gi fra seg slik myndighet er ikke alltid like lett. Jeg intervjuet fire ledere og en av lederne to av lederne synes det var vanskelig å gi fra seg kontroll. Den ene sa at det ville være nesten umulig, fordi hun hadde mange ekstravakter og mange ledige stillinger. Den andre av lederne mente at det var forventet av henne at hun skulle ha kontroll over hva personalet foretok seg, og mente at personalet ville bli svært utrygge hvis hun sa fra seg denne kontrollen. Tre av intervjuobjektene som ikke var i lederstilling ønsket derimot og få tilført mer myndighet. En av sykepleierne sa det slik.

Jeg er relativt nyutdannet men litt erfaring har jeg da fått i løpet av den tiden jeg har jobbet. Det hender noen ganger vi har pasienter som har barn, og barnevernet er inne i bildet. Dette er selvfølgelig vanskelig for både vi som jobber og for pasienten. Det har vært noen hjemmebesøk hvor pasienten skal treffe sitt barn med barnevernet til stede. Jeg er kontakt for pasienten og ville gjerne vært med. Men, det ble ikke slik for psykiateren mente det måtte være med en som hadde mer erfaring, og den med mest erfaring er lederen. Hun går i de viktige møtene. Jeg synes dette er rart for hvordan kan jeg få erfaring med vanskelige situasjoner hvis jeg aldri får være med.

Å være leder betyr at du har makt, og det er viktig hvordan en velger å bruke denne makten. Det er viktig at makt utøves på et legitimt grunnlag. Som leder har en også et stort ansvar. Å ha stort ansvar betyr allikevel ikke at man må gjøre alt selv, å ha ansvar etter slik jeg tolker verdibasert ledelse er å kunne se når du skal trå et skritt til side å slippe frem dine medarbeidere. Dette betyr ikke at man frasier seg ansvar, men det kan bety at istedenfor å stå

fram som en frontfigur hele tiden, løfter du ditt personal fram isteden. Leder blir en støttespiller og en veileder. I forhold til sykepleieren som gjerne ville være med i møte med barn og barnevern, ser jeg for meg at leder kunne valgt å løse dette annerledes, hun kunne valgt å invitere sykepleieren med slik at hun gikk inn som en rollemodell, eller hun kunne veiledet og gitt henne råd før hun gikk inn i møtet.

Fordeling av myndighet innenfor avd. og større enheter er en viktig nøkkel til medbestemmelse og bedre kvalitet på alle typer arbeid. Som en del av denne politikken spiller opplæring, motivering og bedre utnyttelser av ressurser en viktig rolle. Dette er helt nødvendig for å oppnå kvalitet på hver enkelts medarbeiders arbeid. (Lahnstein red. M. Berg. D. Morfelt. Kvalitet i helsetjenesten. S 114. 1993.)

Alt dette er lederfunksjoner og som leder ønsker man en god kvalitet på tjenesten som utøves.

På spørsmålet om hva som fremmer brukervedvirkning svarte samtlige informanter at brukervedvirkning måtte ha en forankring i ledelsen. Hvis ikke ledelsen hadde dette på programmet var det liten mulighet for å få det til. Av de fire intervjuobjektene som jobbet som leder sa to at det var viktig at brukervedvirkning ble jobbet med på alle ledernivåene.

Det er et ledelsesansvar å lage systemer for brukervedvirkning. Ledelsen har en viktig rolle i forhold til å danne en kultur hvor det er plass til meningsveksling. Det er også ledelsen sitt ansvar å tilrettelegge for at brukere får plass i forskjellige råd og fora. Lederne må bidra til å skape en holdning hos sine medarbeidere i forhold til at tilbakemeldinger er nyttig, å skape en kultur hvor medarbeidere har en holdning til at kritikk er viktig for å bli bedre. Det er et ledelsesansvar at de tilbakemeldinger som kommer tas opp i rette fora, at de blir tatt opp ledermøter, kvalitetsråd. En lederoppgave kan være å opprette en gruppe som skal ta seg av tilbakemeldinger fra brukerne. (Andreassen. Brukervedvirkning i helsetjenesten. S174.) De fleste sykehus har et brukerråd. En av mine fire informanter i lederposisjon, nevnte at de hadde et brukerråd, men hun visste ikke helt hva de jobbet med, det var lite informasjon fra den kanten. Hun sa ”Jeg tror brukerrådet er en proformasak, det er viktig å ha et slikt råd.” Dette er en utfordring for ledelsen. Råd hvor brukere er med burde være synlige. Innspillene som kommer fra slike fora er viktige å ta med seg. Det er viktig at ledelsen lærer sine medarbeidere å bruke innspill fra brukerne på en dynamisk måte. Lederen må sørge for opplæring og at opplæring også følges opp på overordnet nivå og utenfor tjenestelinjer. Samarbeid over tjenestelinjer er svært viktig for å få til et hevetlig tilbud for brukeren.

Tjenesten skal passe brukeren og det kan kreve endringer i økonomiske rammer og bedre samarbeid med andre instanser. Til slutt vil jeg avslutte med at lederen og ledelsen skal være en støtte og inspirator for å fremme brukermedvirkning.

5.6. Oppsummering.

Empowerment og brukermedvirkning er avhengig av at vi som fagpersonal er villig til å se på våre egne roller. Vi må være villige til å slippe taket i ekspertrollen og tørre å gå inn i et likeverdig forhold. Det betyr ikke at vi skal slippe faget av syne, men at vi er i et gi og ta forhold. Vi skal lære av brukeren og brukeren av oss, behandling skal være et samarbeid tuftet på likeverd. Brukeren skalfå et tilbud som er kvalitativt godt. Behandlingen som gis skal ikke være preget av tilfeldigheter, men være godt planlagt, planlegging bør skje sammen med pasienten og igjen skal dette samarbeidet preges av respekt for brukerens kunnskaper om seg selv. Det er et ledelsesansvar å sørge for tilstrekkelig opplæring av personalet, lederen må også slippe personalet og brukere fram, og være en støttespiller og inspirator. Vi må alle være oss bevisst maktperspektivet, makt er ikke nødvendigvis et onde men det må utøves med respekt. Og maktperspektiv kan også dreies fra enevelde til demokrati.

6.0 Konklusjon.

Jeg har ønsket å finne ut hvordan man kan implementere brukermedvirkning som en verdi. Jeg har sett på maktrelasjoner, roller, ledelse, undervisning og opplæring, rammer, struktur, og kultur, og kvalitetsbegrepet knyttet opp mot kvalitet for brukeren.

Det jeg sitter igjen med er at brukermedvirkninger mer reelt i litteraturen enn det er ute i vår hverdag. I intervjuer med mine nøkkelinformanter, synes de brukermedvirkning høres fint ut, men det er mange hindringer i veien for å få det til. Dette stemmer overens med andre studier og offentlige dokumenter.

Brukermedvirkning som begrep er også vanskelig å forholde seg til. Som jeg sier i innledningen er det et ”vilt” begrep. I forhold til undervisning og opplæring må det jobbes med at man får en felles forståelse for hva begrepet er og inneholder i alle sine fasetter.

Å jobbe med brukermedvirkning betyr at man må jobbe på mange nivåer i organisasjonen og det betyr at man må jobbe i forhold til sektorgrenser. Vi kan ikke ha det slik at møter med brukerne blir et sted vi slåss om hvem som skal ha ansvaret for denne brukeren. Det må jobbes aktivt med individuell plan. Individuell plan skal være et verktøy som sikrer pasienten kvalitet i forhold til alle samarbeidspartene.

Holdningsarbeid bør vektlegges slik at fordommer og hindringer bekjempes i forhold til å ta brukeren aktivt med i sin egen behandling. Vi må aldri glemme at vi er en del av brukerens nettverk og verden. Dette betyr at vi alltid må opptre med respekt, om vi ikke alltid opplever å få samme respekt tilbake er dette noe vi skal tåle uten å gå i forsvar. Det kommer aldri noe konstruktivt ut av det.

Som helsepersonell må vi ikke være så redd for rollene våre, vi har vår kompetanse selv om vi deler den med brukeren og med hverandre. Vår kompetanse blir til og med beriket når vi får ta del i brukerens egen kompetanse. Et slikt samarbeid vil styrke brukeren i sin tro på et verdig liv.

Til slutt vil jeg si at ledelsen må ta brukermedvirkning på alvor skal implementering av brukermedvirkning bli en realitet.

BRUKERMEDVIRKNING ER IKKE SÅ VANSKELIG MEN DET ER HELLER IKKE SÅ LETT!

Vedlegg:

Hanne Vørrang,
Sakariasvn. 19,
0758 Oslo.
02. 02. 2008.

Tlf priv. : 22 49 32 66
Tlf jobb: 22 92 35 41
Tlf mob.: 93 49 47 15

Til Sykehusdirektør ved

Jeg er student ved Diakonhjemmet høyskole, jeg deltar i masterprogrammet for verdibasert ledelse. Jeg vil gjøre en forespørsel i forhold til min masteroppgave hvor jeg skriver om brukermedvirkning innenfor feltet psykisk helse. Mitt tema er: Hvordan kan jeg som leder implementere brukermedvirkning som en verdi? Oppgaven er primært lagt opp som et litteraturstudie. Jeg ønsker likevel å ha med noen nøkkelinformanter, da jeg mener det viktig å høre praksisfeltets stemme.

Intervjuene vil bli tatt opp på bånd da jeg er alene og finner det vanskelig å notere hele veien. Alle data som blir brukt i oppgaven vil bli anonymiserte. Og alt material vil bli slettet og makulert når studien er ferdig. Min veileder er 1. Amanuensis Asbjørn Kaasa ved Diakonhjemmet høyskole og leder for studie er 1. Amanuensis Tom Eide.

Jeg ønsker å intervju 8 nøkkelinformanter fordelt på to sykehus innen for psykisk helse. Mitt spørsmål er om jeg kan få intervju to mellomledere og to sykepleiere på ditt sykehus, og om jeg kan få hjelp til å plukke ut disse.

Jeg håper ved dette på et positivt svar.

Med vennlig hilsen Hanne Vørrang.

Vedlegg: 3

Vedlegg: 1 Informasjon til informanten.

Vedlegg: 2 Informert samtykke.

Vedlegg: 3 Intervjuguide.

INFORMASJON TIL INFORMANTEN.

Oslo 02.02.2008.

I forbindelse med min masteroppgave i verdibasert ledelse ved Diakonhjemmet høyskole ønsker jeg å gjøre en studie i forhold til brukermedvirkning. Ønsker jeg og studere brukermedvirkning innen for psykisk helse feltet jeg vil spesifisere det til 2. Linjetjenesten inne på sykehuset. Oppgavens problemstilling er hvordan kan jeg som leder implementere brukermedvirkning som en verdi.

Hensikten med studien er ikke å evaluere den enkelte deltagers eller avdelings arbeid med brukermedvirkning, men å kartlegge virkemidler i forhold til å forankre brukermedvirkning som en verdi i sykehuset, avdelingen.

For å få svar på dette ønsker jeg å intervju 8 personer, 4 mellomledere og 4 sykepleiere som jobber med direkte pasientkontakt.

Intervjuet vil ta ca. en time. Samtalen vil være basert på en ferdig laget intervjuguide. Jeg vil være alene i intervjusituasjonen, det betyr at det kan bli vanskelig å ta notater, av den grunn ønsker jeg å bruke en båndopptaker. Hvis dette oppfattes som en vanskelig situasjon vil jeg ta notater.

Deltagelsen i studien er frivillig og det er mulig å trekke seg underveis. Informantene vil få mulighet til å lese gjennom referatene eller høre båndet i fra eget intervju hvis det er ønskelig. Materialet fra undersøkelsen vil bli behandlet konfidensielt, og ingen sykehus, avdelinger, poster eller informanter vil bli navngitt i oppgaven. Når studien er ferdig vil alt materialet bli makulert.

Studieleder er 1. Amanuensis Tom Eide og min veileder er 1. Amanuensis Asbjørn Kaasa ved Diakonhjemmet sykehus.

Jeg vil takke for din deltagelse.

Med vennlig hilsen

Hanne Vørrang.

INFORMERT SAMTYKKE.

INFORMERT SAMTYKKE.

Oslo 02.02.2008.

I forbindelse med min studie i forhold til brukermedvirkning, vil jeg be informanten om et informert samtykke i forhold til å delta. Intervjuet vil ta ca en time, og vil bli strukturert etter en intervjuguide. Jeg er alene om intervjuet og vil be om å få bruke båndopptaker. Hvis dette føles ubehaglig vil jeg ta notater. Jeg vil igjen minne om at deltagelsen er frivillig og at det er lov å trekke seg underveis. Jeg vil igjen takke for din deltagelse.

INFORMANT.....

Hanne Vørrang.

INTERVJUGUIDE.

PRESENTASJON AV INFORMANTEN.

1. Alder
2. Hvor lenge har du arbeidet på posten? Hvor lenge har du jobbet som leder her?
3. Hvor lenge har du arbeidet som sykepleier, leder?
4. Har du utdanning i psykisk helsevern eventuelt lederutdanning ?

BRUKERMEDVIRKNING PÅ INDIVIDPLAN.

1. Hva legger du i begrepet brukermedvirkning?
2. Hva synes du om brukermedvirkning?
3. Hva mener du skal til for å få til en reell brukermedvirkning?
3. Hva mener du hemmer brukermedvirkning?
4. Hva fremmer brukermedvirkning?
4. Hvilken erfaringer har du i forhold til å jobbe med individuell plan?
5. Hvordan opplever du ansvarsgruppemøtene fungerer? Fremmer de brukerens deltagelse?
6. Er brukermedvirkning et tema dere snakker om daglig eller i møter?

SYSTEMNIVÅ.

1. Har dere brukerråd på din arbeidsplass?
2. Hva jobber brukerrådet med?
3. Hvordan opplever du samarbeidet med DPS, bydeler og kommunehelsetjenesten.
4. Hvordan tror du brukermedvirkning vil innvirke på kvaliteten av behandlingen?

Litteraturliste.

Aadland E. Den truverdige leiaren (2004) Samlaget.

Aadland E. Etikk for helse og sosialarbeidere (2005) Samlaget.

Aadland E. Norsk kommuneforbund verdi og etikk kurs. (2000-2001)

Andreassen. T.A. Brukermedvirkning i helsetjenesten (2005) Gyldendal.

Almvik. A. L.Borge. Psykisk helsearbeid i nye sko. (2006) Fagbokforlaget.

Austerem. Møte med Psykiatrien. (2002)

Dyrhol.I.: Artikkel : New Public managment og kommunal verksemd. Kommunerevisoren nr 4. (2003) 58 årg.

Grøteig .T. Prosjekt: Fot i hose.(1998)s 56.

Informasjonshefte, Brukermedvirkning innen Psykisk Helse. Rådet for psykisk helse. S 10.

Jess. K. artikkel. Kvalitet for brukare. Skøndalsinstituttet nr 8. (1998) s 8.

Jenssen. A.T. Verdivalg . Ny massepolitikk i Norge. Ad Notam. Gyldendal. (1993.)

Hatch. M.J. Organisasjonsteori i moderne, symbolske og postmoderne tid. Abstrakt forlag (2004.)

Heggeland. L.H. A Kaasa. C. Fleetwood. Brukermedvirkning i psykisk helsevern. Prosjekt ved NVH (2006)

Hovind mfl Prosjekt fot i hose. (1998)

Kaasa. A, H .Lorentzen: Søknad til Diakonhjemmets fond vitenskaplig forskning.

Lahnstein G. : Kvalitet i helsetjenesten. Universitetsforlaget.(1993.)

Normann. C Caring. (2006)

NOU 1998: 18. Det er bruk for alle.

NOU: 3. Fra stykkevis til delt.

Menneskerettighetene av (1948)

Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999-2008)

Sigstad. H. Artikkel, Brukermedvirkning alibi eller realitet, Den Norske legeforening nr 1/8 januar (2004)

Sosial- og Helsedepartementet brosjyre : Individuell plan et verktøy for samarbeid (2005.)

Social science&medicine 58. 2004.73 -1984: Patient or partners? Case studies of userinvolment the planning and delivery of adult mental health services in London.

Stang. I, H. Hauge M.BMittelmark: Helsefremmende arbeid i en brytningstid.

Stortingsmelding nr 34. (1996)

Stortingsmelding nr 25 (1996-97)

Sverdrup S. mfl. Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid: idealer og realiteter. NIBR rapport 2007: 2.

Syse A.: Pasientrettighetsloven med kommentarer. Gyldendal (2004)

Thaagaard.T : Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode. Fagbokforlaget (1998.)

Tranøy. B.S. Og Ø. Østerud: Den fragmenterte staten. Gyldendal (2004).

Ulvestad: A.K mfl. : Klienten den glemte terapeut. Gyldendal (2007.)

Vabø. NOVA. Konferanserapport. Arbeidsforskninginstituttet (1997.)

Veiledning planlegging og evaluering. Departementet for utviklingshjelp. (1998)

VaalandT.Ø. Brev til en minister. Gyldendal (2007)

Willumsen .E. Brukernes medvirkning i barnevernet. Universitetsforlaget. (2007)

